

LAPORAN TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA

DENGAN PERSALINAN NORMAL

DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA

TANGGAL 17 S/D 19 JUNI 2016



OLEH:

SANY YUSTIANI TUFLASA

NIM: 132 111 092

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

CITRA HUSADA MANDIRI

KUPANG

2017

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA
DENGAN PERSALINAN NORMAL
DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA
TANGGAL 17 S/D 19 JUNI 2016**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan**



OLEH:

SANY YUSTIANI TUFLASA

NIM: 132 111 092

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2017**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa laporan Tugas Akhir dengan judul **"ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN PERSALINAN NORMAL DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA KUPANG"** ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan Tinggi manapun.

Kupang Februari 2017

Yang menyatakan



Shani Y. Tuflassa

132 111 092

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir

Pada tanggal:

Kupang, Februari 2017

Menyetujui,

Pembimbing I



Maria C. F. Djeky, SST., M.Kes

Pembimbing II



Endah Dwi Pratiwi, SST

Mengetahui,

Ketua
STIKes CHM-Kupang



drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua
Prodi D-III Kebidanan



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan Tugas Akhir dengan judul " ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN PERSALINAN NORMAL DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA KUPANG" telah diujikan di depan Dewan Penguji Laporan Tugas Akhir Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang pada tanggal:

Ketua : Ummu Zakiah, SST., M.Keb



Anggota : 1. Maria C. F Djeky, SST. M.Kes



2. Endah Dwi Pratiwi, SST


Mengetahui,

Ketua
STIKes CHM-Kupang

Ketua
Prodi D-III Kebidanan



drg. Jeffrey Jap, M.Kes



Ummu Zakiah, SST., M.Keb

BIODATA PENULIS

1. BIODATA

Nama : Sany Y. Tuflasa
Tempat/Tgl Lahir : UEL 29-08-1994
Agama : Kristen protestan
Alamat : Camplong

2. RIWAYAT PENDIDIKAN

- a. Tahun 2007 : SD GMIT Nunkurus
- b. Tahun 2010 : SMP Negeri 1 Fatuleu
- c. Tahun 2013 : SMA Negeri 1 Fatuleu
- d. Tahun 2013-2017: Sedang menyelesaikan program pendidikan
Diploma III Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang.

MOTTO

**“TERKADANG KESULITAN HARUS KAMU
RASAKAN TERLEBIH DAHULU, SEBELUM
KEBAHAGIAAN SEMPURNA DATANG
KEPADAMU”**

PERSEMBAHAN

Studi kasus ini saya persembahkan
kepada Tuhan Yesus, Bapak dan Mama,
Sahabat dan teman-teman serta
almamater STIKes CHM-K

ABSTRAK

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Citra Husada Mandiri Kupang
Jurusan Kebidanan Kupang
Studi Kasus, Juni 2016.**

SANY YUSTANI TUFLASA

NIM: 132111092

ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN PERSALINAN NORMAL DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA KUPANG

Latar Belakang: Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologis yang normal dalam kehidupan. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial bagi ibu dan keluarga. Peran ibu adalah melahirkan bayinya, sedangkan peran keluarga adalah memberikan bantuan dan dukungan pada ibu ketika terjadi proses persalinan (Sumarah, dkk 2009). Berdasarkan data yang diperoleh dari Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana menunjukkan bahwa tahun 2015 periode Januari-Desember jumlah ibu bersalin adalah 343 orang dan maka jumlah persalinan normal yang ditolong di Puskesmas Sikumana adalah 249 atau 72,6% (PWS Puskesmas Sikumana, 2015).

Tujuan : Dapat melaksanakan Asuhan Kebidanan pada ibu Intrapartal Grande Multipara dengan persalinan normal di Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana dengan menggunakan metode 7 langkah Varney.

Metode: Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu untuk menggambarkan Asuhan Kebidanan Pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

Kesimpulan : Asuhan Kebidanan telah dilaksanakan sesuai dengan diagnosa dan masalah kebidanan telah teratasi dengan baik, pasien dirawat selama 3 hari dipuskesmas sikumana, diperbolehkan pulang pada tanggal 17 juni 2016 dan dilakukan kunjungan rumah selama 3 hari.

Kata Kunci : Intrapartal, Multigravida, Persalinan Normal.

KATA PENGATAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan Rahmatnya saya dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini, dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA DENGAN PERSALINAN NORMAL DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA KUPANG”** dapat diselesaikan tepat waktunya. Laporan Tugas Akhir ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini perkenankanlah penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada : Ibu Maria C. F Djeky, SST. M.Kes selaku pembimbing I dan Endah Dwi Pratiwi STr. Keb selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing penulis dengan sabar hingga terselesainya penyusunan studi kasus ini. Ucapan terima kasih juga saya berikan kepada:

1. Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri Ir.Abraham Paul Liyanto yang telah memperkenalkan penulis untuk menimba ilmu di Stikes Citra Husada Mandiri Kupang
2. Ketua Stikes Citra Husada Mandiri Kupang drg.Jeffrey Jap, M.Kes yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan laporan Tugas Akhir
3. Ummu Zakiah, SST,M.Keb selaku Ketua Prodi Kebidanan sekaligus Ketua Tim Penguji yang telah mengizinkan dan menguji Laporan Tugas Akhir.
4. Ny Y.T dengan keluarga atas kesediaan selaku responden atas pengambilan laporan tugas akhir.
5. Para dosen program studi D-III Kebidanan yang telah banyak memberikan bimbingan kepada penulis dalam mengikuti pendidikan.
6. Bapak Silner R M Tuflasa dan mama Rosalien Tuflasa Nara Rohi, kaka Wullan, Adik Emto, serta keluarga besar yang telah memberikan

dukungan, motivasi dan moril serta Doa selama penulis menyelesaikan laporan Tugas Akhir ini.

7. Sahabat-sahabat tercinta Sofia Perawin, Aydha, Ayyu, Lasry, Ephy, Ira yang telah mendukung penulis dalam menyelesaikan laporan Tugas Akhir ini.
8. Teman-teman prodi Kebidanan Angkatan VI ,kelas kebidanan B dan berbagai pihak yang telah memberikan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Tuhan membalas semua Budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan laporan Tugas Akhir ini. Penulis juga menyadari bahwa laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca sangat diharapkan untuk menyempurnakan laporan Tugas Akhir ini dan semoga bermanfaat.

Kupang, Maret 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Cover Luar	i
Cover Dalam dan Persyaratan Gelar	ii
Surat Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan.....	iv
Lembar Persetujuan Tim Penguji.....	v
Biodata Penulis	vi
Motto dan Persembahan ‘	vii
Abstrak.....	viii
Kata Pengantar	ix
Daftar Isi	xi
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Singkatan	xv
Daftar Lampiran	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penulisan.....	3
1.4. Manfaat.....	4
BAB II TINJAUAN TEORI	6
2.1. Konsep Dasar persalinan.....	6

2.2. Partograf	58
2.3. Konsep dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut Varney..	71
2.4. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan pada Ibu Intrapartal Multigravida	75
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	86
3.1. Desain Penelitian	86
3.2. Kerangka Teori	88
3.3. Populasi, Sample, dan Sampling	89
3.4. Pengumpulan data dan Analisis Data	90
3.5. Etika Penelitian	92
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	94
4.1. Hasil Penelitian.....	94
4.2. Pembahasan	102
BAB V PENUTUP	112
5.1. Simpulan	112
5.2. Saran.....	115
Daftar Pustaka.....	116
Lampiran	

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
Tabel 2.1.	Persiapan Alat dan Bahan	45
Tabel 2.2.	Tabel Kunjungan Masa Nifas	58

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
	Gambar 2.1. Posisi Miring atau Lateral.....	39
	Gambar 2.2. Posisi Jongkok	40
	Gambar 2.3. Posisi Merangkak.....	41
	Gambar 2.4. Posisi Semi Duduk	41
	Gambar 2.5. Posisi Duduk	42
	Gambar 2.6. Posisi Berdiri	43
	Gambar 3.1. Kerangka Kerja	89
	Gambar 3.2. Kerangka Teori	90

DAFTAR SINGKATAN

ANC	: Antenatal care
APD	: Alat Pelindung Diri
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
BBL	: Bayi Baru Lahir
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
CPD	: Cepalo Pelvic Disiensi
DJJ	: Denyut jantung Janin
DTT	: Desinfektan Tingkat Tinggi
DS	: Data Subyektif
HPHT	: Hari Pertama Haid Terakhir
HB	: Hemoglobin
KB	: keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kinetik
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KPD	: Ketuban pecah Dini
KU	: Keadaan Umum
LILA	: Lingkar Lengan
MRS	: Masuk Rumah Sakit
PAP	: Pintu Atas Panggul
OUE	: Osteum Uteri Eksternum
OUI	: Osteum Uteri Intenum
UK	: Usia Kehamilan
PI	: Pencegahan Infeksi
PPV	: Perdarahan Pervaginam

PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
TBBJ	: Tafsiran Berat Badan Janin
TFU	: Tinggi Fundus Uteri
TM	: Trimester
TTV	: Tanda-tanda Vital
TD	: Tekanan darah
USG	: Ultrasonografi.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Permintaan Menjadi Responden

Lampiran 2. Surat Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3. Asuhan Kebidanan

Lampiran 4. Partograf

Lampiran 5. Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.LATAR BELAKANG

Fokus asuhan persalinan normal adalah persalinan bersih dan aman serta mencegah terjadinya komplikasi (APN, 2007). Secara umum, persalinan berlangsung alamiah, tetapi tetap diperlukan pemantauan khusus karena setiap ibu memiliki kondisi kesehatan yang berbeda-beda, sehingga dapat mengurangi risiko kematian ibu dan janin pada saat persalinan. Permasalahan selama proses persalinan terjadi pada persalinan normal, beberapa masalah dalam persalinan yaitu letak janin, lilitan tali pusat, plasenta previa,KPD, proses penyakit dan sebagainya.Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Johariyah, 2012).

Menurut riset Kesehatan Dasar pada tahun 2015, di Indonesia jumlah kelahiran yang terjadi di fasilitas kesehatan berjumlah 70,4% sedangkan 29,6% melahirkan di rumah/lainnya dengan proporsi pertolongan oleh tenaga kesehatan terendah di Papua yaitu 57, 7% dan tertinggi di Yogyakarta mencapai 99% (Riskesdas, 2015).Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di kota Kupang dalam

tahun terakhir 2013 menjadi 91% (Profil Kesehatan Kota Kupang). Puskesmas Sikumana adalah puskesmas PONED (Penanganan Obstetri Dan Neonatal Emergensi Dasar) yang memiliki fasilitas Ruang bersalin.

Dalam pemantauan wilayah setempat (PWS) Puskesmas Sikumana menunjukkan bahwa tahun 2015 periode Januari-Desember jumlah ibu bersalin adalah 343 orang dan maka jumlah persalinan normal yang ditolong di Puskesmas Sikumana adalah 249 atau 72,6% (PWS Puskesmas Sikumana, 2015).Komplikasi pada kehamilan dan persalinan yang mungkin terjadi pada ibu dan bayi adalah kelainan letak/ presentasi janin, partus macet atau distosia, perdarahan pasca persalinan, infeksi berat/ sepsis, plasenta previa, Intra Uterine Fetal Death (IUFD), BBLR, dan asfiksia (Kemenkes RI, 2013).

Upaya bila terjadi komplikasi yaitu dengan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai melalui pelayanan antenatal.Dalam pelayanan antenatal setiap wanita hamil mengalami dan menghadapi risiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya.Oleh karena itu setiap wanita hamil sebaiknya melakukan minimal 4 kali kunjungan antenatal selama kehamilan untuk mendeteksi sedini mungkin komplikasi saat kehamilan maupun saat persalinan (Sarwono, 2009).

Berdasarkan kasus di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Intrapartal Multigravida Dengan Persalinan Normal di Ruang bersalin**

Puskesmas Sikumana Kota Kupang” dengan pendekatan Manajemen Asuhan Kebidanan menurut 7 langkah Varney.

1.2. Rumusan Masalah

Dari data latar belakang di atas maka dapat diambil rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Kebidanan pada Intrapartal Multigravida dengan persalinan normal di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana Kupang?”

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal melalui pendekatan manajemen kebidanan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan yang telah ditetapkan.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian data dasar Asuhan Kebidanan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di ruang bersalin puskesmas Sikumana Kupang.
2. Menentukan interpretasi data Asuhan Kebidanan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di ruang bersalin puskesmas Sikumana Kupang.
3. Menentukan masalah potensial Asuhan Kebidanan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di ruang bersalin puskesmas Sikumana Kupang.

4. Melakukan tindakan segera Asuhan Kebidanan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di ruang bersalin puskesmas Sikumana Kupang.
5. Merencanakan tindakan Asuhan Kebidanan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di ruang bersalin puskesmas Sikumana Kupang.
6. Melaksanakan tindakan Asuhan Kebidanan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di ruang bersalin puskesmas Sikumana Kupang.
7. Melakukan evaluasi terhadap Asuhan Kebidanan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di ruang bersalin puskesmas Sikumana Kupang.
8. Menganalisis teori dan kasus Asuhan Kebidanan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal di ruang bersalin puskesmas Sikumana Kupang.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat teoritis

Dapat menambah ilmu pengetahuan dalam penerapan proses manajemen asuhan kebidanan intrapartal multigravida dengan persalinan normal di ruang bersalin puskesmas sikumana kupang.

1.4.2. Manfaat praktis

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian diharapkan menjadi dokumen dan bahan bacaan bagi mahasiswi kebidanan SIKes Citra Husada Mandiri Kupang, sehingga pengembangan ilmu pengetahuan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dapat tercapai.

2. Bagi Lahan Praktek

Menjadi gambaran informasi dan sebagai salah satu bahan evaluasi terhadap asuhan kebidanan intrapartal multigravida dengan persalinan normal di ruang bersalin Puskesmas Sikumana sesuai dengan teori yang ada.

3. Bagi penulis

Menambah pengetahuan dan pengalaman penulis dalam penatalaksanaan asuhan kebidanan intrapartal multigravida dengan persalinan normal di ruang bersalin puskesmas sikumana.

1.5. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan laporan ini berdasarkan sistematika penulisan sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN : Meliputi Latar Belakang, Rumusan Masalah, Tujuan, Manfaat Penulisan, Metode Penulisan, dan Sistematika penulisan

BAB II TINJAUAN TEORI : Meliputi konsep dasar teori dan manajemen asuhan kebidanan intrapartal multigravida

dengan persalinan normal di ruang bersalin

Puskesmas Sikumana

BAB III TINJAUAN KASUS: Meliputi desain penelitian, populasi, sampel, sampling, kriteria sampel, identifikasi variable, definisi variable, definisi operasional, lokasi dan waktu penelitian, teknik pengolahan data, instrumen, etika penelitian, keterbatasan

BAB IV PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

BAB V PENUTUP : Berisi tentang kesimpulan dan saran

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Konsep Dasar Persalinan

2.1.2. Pengertian

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Asuhan Persalinan Normal, 2007). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada umur kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan posisi belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohadjo, 2008). Persalinan adalah proses pengeluaran janin cukup bulan, lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Nurasiah dkk, 2012).

2.1.2. Klasifikasi Persalinan

1. Menurut cara persalinan

- 1) Partus biasa atau normal disebut juga partus spontan, adalah proses lahirnya bayi pada letak belakang kepala dengan tenaga

ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit.

2) Partus luar biasa (abnormal) ialah persalinan pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi cesarea.

2. Menurut tua (umur) kehamilan :

- 1) Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (viable) dan berat janin dibawah 1000 gram sampai dengan tua kehamilan di bawah 28 minggu.
- 2) Partus prematurus adalah persalinan dari hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu, janin dapat hidup tetapi prematur, berat janin antara 1000-2500 gram.
- 3) Partus maturus atau aterm (cukup bulan) adalah partus pada kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan diatas 2500 gram.
- 4) Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir, janin disebut postmatur.
- 5) Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung cepat, mungkin dikamar mandi, di atas mobil dan sebagainya.

6) Partus percobaan adalah suatu penelitian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya disproporsi sefalopelvik.

2.1.3. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Menurut (Asrinah, 2010) Sebab-sebab mulainya persalinan yaitu:

1. Penurunan hormone progesteron

Pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun menjadikan otot rahim sensitive sehingga menimbulkan his.

2. Kerengangan otot-otot

Otot rahim akan merenggang dengan majunya kehamilan, oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya atau mulai persalian.

3. Peningkatan hormone oksitosin

Pada akhir kehamilan hormone oksitosin bertambah sehingga dapat menimbulkan his.

4. Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peranan dalam proses persalinan, oleh karena itu pada anencepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

5. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjukan bahwa

prostaglandin menimbulkan kontraksi myometrium pada umur kehamilan

6. Plasenta menjadi tua

Dengan tuanya kehamilan plasenta menjadi tua, Vili corialis mengalami perubahan sehingga kadar progesteron dan estrogen menurun.

2.1.4. Tahapan Persalinan

Menurut (Nurasiah dkk, 2012). Tahapan persalian dibagi menjadi 4 kala yaitu:

1. Kala I Persalinan

Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya yang menyebabkan pembukaan, sampai serviks membuka lengkap (10 cm). kala I terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a. Fase laten

1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan pembukaan sampai pembukaan 3 cm.

2) Pada umumnya berlangsung 8 jam.

b. Fase aktif, dibagi menjadi 3 fase, yaitu :

1) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

2) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.

3) Fase deselerasi

Pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam (primipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

2. Kala II (dua) Persalinan

Persalinan Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda pasti Kala II (dua) ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah:

- a. Pembukaan serviks telah lengkap (10cm).
- b. Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina

Proses Kala II berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Dalam kondisi yang normal pada Kala II kepala janin sudah masuk dasar panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rectum dan seperti akan buang air besar, kemudian perineum mulai menonjol dan melebar dengan membukannya anus. Labia

mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak di vulva saat ada his. Jika dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his. Dengan kekuatan his dan mengedan maksimal kepala dilahirkan dengan suboksiput dibawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istirahat sebentar, maka his akan dimulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi.

3. Kalla III (tiga) persalinan.

Persalinan Kalla III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri (Nurasiah dkk, 2012).

4. Kalla IV (empat) persalinan

Kalla IV persalinan dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum.

2.1.5. Perubahan Fisilogis Dan Psikologis Selama Persalinan

Perubahan fisiologis dan psikologis kala I

1) Perubahan fisiologi kala I :

a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus, tekanan darah

kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

b) Metabolisme

Metabolisme karbohidrat *aerobic* maupun metabolisme *anaerobic* akan naik secara berangsur disebabkan karena kecemasan serta aktifitas otot skeletal. Peningkatan ini ditandai dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output, dan kehilangan cairan.

c) Suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, terutama selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu dianggap normal jika tidak melebihi 0.5-1 °C.

d) Denyut jantung

Detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

e) Pernafasan

Terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi peningkatan laju pernafasan yang dianggap normal.

f) Perubahan pada ginjal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, disebabkan oleh peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma

ginjal. Proteinuria yang sedikit di anggap biasa dalam persalinan.

g) Perubahan gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah biasa terjadi sampai mencapai akhir kala I.

h) Perubahan hematologi

Hematologi meningkat sampai 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca persalinan kecuali ada perdarahan post partum.

2) Perubahan psikologi kala I :

a) Pengalaman sebelumnya

Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri dan fokus pada dirinya sendiri ini timbul ambivalensi mengenai kehamilan seiring usahanya menghadapi pengalaman yang buruk yang pernah ia alami sebelumnya, efek kehamilan terhadap kehidupannya kelak, tanggung jawab, yang baru atau tambahan yang akan di tanggunginya, kecemasan yang

berhubungan dengan kemampuannya untuk menjadi seorang ibu.

b) Kesiapan emosi

Tingkat emosi pada ibu bersalin cenderung kurang bias terkendali yang di akibatkan oleh perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya sendiri serta pengaruh dari orang-orang terdekatnya, ibu bersalin biasanya lebih sensitive terhadap semua hal. Untuk dapat lebih tenang dan terkendali biasanya lebih sering bersosialisasi dengan sesama ibu-ibu hamil lainnya untuk saling tukar pengalaman dan pendapat.

c) Persiapan menghadapi persalinan(fisik, mental,materi)

Ibu bersalin cenderung mengalami kekhawatiran menghadapi persalinan, antara lain dari segi materi apakah sudah siap untuk menghadapi kebutuhan dan penambahan tanggung jawab yang baru dengan adanya calon bayi yang akan lahir. Dari segi fisik dan mental yang berhubungan dengan risiko keselamatan ibu itu sendiri maupun bayi yang di kandungnya.

d) Support system

Peran serta orang-orang terdekat dan di cintai sangat besar pengaruhnya terhadap psikologi ibu bersalin biasanya sangat akan membutuhkan dorongan dan kasih sayang yang lebih dari seseorang yang di cintai untuk membantu kelancaran dan jiwa ibu itu sendiri.

Perubahan fisiologis dan psikologis kala II

1) Perubahan fisiologi pada kala II

a) Tekanan darah

Tekanan darah dapat meningkat 15 sampai 25 mmHg selama kontraksi pada kala dua. Upaya mengedan pada ibu juga dapat memengaruhi tekanan darah, menyebabkan tekanan darah meningkat dan kemudian menurun dan pada akhirnya berada sedikit di atas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tekanan darah dengan cermat diantara kontraksi. Rata-rata peningkatan tekanan darah 10 mmHg di antara kontraksi ketika wanita telah mengedan adalah hal yang normal (Varney, 2008).

b) Metabolisme

Peningkatan metabolisme yang terus-menerus berlanjut sampai kala dua disertai upaya mengedan pada ibu yang akan menambah aktivitas otot-otot rangka untuk memperbesar peningkatan metabolisme (Varney, 2008).

c) Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mengedan. Secara keseluruhan, frekuensi nadi meningkat selama kala dua persalinan disertai takikardi yang mencapai puncaknya pada saat persalinan (Varney, 2008).

d) Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0,5 sampai 1°C (Varney, 2008).

e) Perubahan Sistem Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, 2008).

f) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal (Varney, 2008).

g) Perubahan Gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut sampai kala dua. Muntah normalnya hanya terjadi sesekali. Muntah yang konstan dan menetap merupakan hal yang abnormal dan kemungkinan merupakan indikasi komplikasi obstetrik, seperti ruptur uterus (Varney, 2008).

h) Dorongan mengejan

Perubahan fisiologis terjadi akibat kontinuitas kekuatan serupa yang telah bekerja sejak jam-jam awal persalinan, tetapi aktivitas ini mengalami akselerasi setelah serviks berdilatasi

lengkap namun, akselerasi ini tidak terjadi secara tiba-tiba. Beberapa wanita merasakan dorongan mengejan sebelum serviks berdilatasi lengkap dan sebagian lagi tidak merasakan aktivitas ini sebelum sifat ekspulsif penuh (Myles, 2009).

i) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1.2 gm /100ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal (Varney, 2008).

2) Perubahan Psikologis pada Kala II

- a) Ketidaknyamanan saat bersalin ibu merasakan nyeri akibat kontraksi uterus yang semakin kuat dan semakin sering, berkeringat dan mulas ini juga menyebabkan ketidaknyamanan.
- b) Badan selalu kegerahan, karena saat ini metabolisme ibu meningkat denyut jantung meningkat, nadi, suhu, pernapasan meningkat ibu berkeringat lebih banyak, akibatnya ibu merasa lelah sekali kehausan ketika bayi sudah di lahirkan karena tenaga habis dipakai untuk meneran.
- c) Tidak sabaran, sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya terganggu. Hal ini disebabkan karena kepala janin sudah memasuki panggul dan timbul kontraksi-kontraksi pada uterus. Muncul rasa kesakitan dan ingin segera mengeluarkan janinnya.

- d) Setiap ibu akan tiba pada tahap persalinan dengan antisipasinya dan tujuannya sendiri serta rasa takut dan kekhawatiran. Para ibu mengeluh bahwa bila mampu mengejan terasa lega. Tetapi ibu lain sangat berat karena intensitas sensasi yang dirasakan. Efek yang dapat terjadi pada ibu karena mengedanyaitu *exhaustion*, ibu merasa lelah karena tekanan untuk mengejan sangat kuat.

Perubahan fisiologis dan psikologis kala III

1) Perubahan fisik pada kala III

a) Perubahan Uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus ke keadaan sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot – otot polos uterus (Ambarwati, 2010).

b) Perubahan Serviks

Kala III persalinan serviks dan segmen bawah uteri dan menjadi struktur yang tipis kolaps dan kendur. Mulut serviks mengecil perlahan-lahan. Selama beberapa hari, segera setelah persalinan, mulutnya dengan mudah dapat di masuki dua jari, tetapi pada akhir minggu pertama telah terjadi demikian sempit sehingga sulit untuk memasukkan satu jari. Setelah minggu pertama servik mendapatkan kembali tonus nya pada saat saluran kembali terbentuk dan tulang internal tertutup.

c) Perubahan Kardiovaskuler

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung sedikit meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

d) Perubahan Tekanan Darah

Hasil pengukuran tekanan darah seharusnya tetap stabil setelah melahirkan. Penurunan tekanan darah bisa mengindikasikan adanya hipovolemia yang berkaitan dengan hemoragi uterus. Peningkatan sistolik 30 mmHg dan diastolik 15 mmHg yang disertai dengan sakit kepala dan gangguan penglihatan, bisa menandakan ibu mengalami preeklamsia (Maryunani, 2009).

e) Perubahan Nadi

Nadi >100 x/mnt, Nadi secara bertahap kembali ketingkat sebelum melahirkan. Peningkatan denyut nadi dapat menunjukkan infeksi, atau dehidrasi. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Apabila denyut nadi diatas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi/ hemoragi pascapartum lambat (Varney, 2007).

f) Perubahan Suhu

Suhu tidak lebih dari $37,5^{\circ}$. Suhu tubuh kembali meningkat perlahan. Peningkatan suhu menunjukkan proses infeksi atau dehidrasi. Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum (Varney, 2007).

g) Perubahan Pernafasan

Pernapasan kembali normal. Fungsi pernafasan ibu kembali ke fungsi seperti saat sebelum hamil pada bulan ke enam setelah melahirkan (Maryunani, 2009).

h) Perubahan Metabolisme

Metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

Peningkatan curah jantung dan cairan yang hilang mempengaruhi fungsi ginjal dan perlu mendapat perhatian serta ditindak lanjuti guna mencegah terjadinya dehidrasi.

i) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi

glomerulus dan aliran plasma ginjal. Kandung kemih harus sering dievaluasi (setiap 2 jam) untuk mengetahui adanya distensi, untuk mencegah (1) obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin. Dan (2) trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama, yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal.

j) Perubahan Gastrointestinal

Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi. Wanita mungkin menahan defekasi karena perineumnya mengalami perlukaan atau karena ia kurang pengetahuan dan takut akan merobek atau merusak jahitan jika melakukan defekasi (Varney, 2007).

k) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan postpartum.

2) Perubahan Psikologis pada Kala II

a) Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya

- b) Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah.
- c) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
- d) Menaruh perhatian terhadap plasenta

Perubahan fisiologis dan psikologis kala IV

1) Fisiologi Kala IV

Persalinan kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan 2 jam sesudahnya, adapun hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan dengan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterus serta benar-benar dijamin tidak terjadi perdarahan lanjut (Sumarah, 2008).

a) Evaluasi uterus: konsistensi, atonia

Perlu diperhatikan bahwa kontraksi uterus mutlak diperlukan untuk mencegah terjadinya perdarahan dan pengembalian uterus ke bentuk normal. Kontraksi uterus yang tak kuat dan terus menerus dapat menyebabkan terjadinya atonia uteri yang dapat mengganggu keselamatan ibu. Untuk itu evaluasi terhadap uterus pasca pengeluaran plasenta sangat penting untuk diperhatikan. Untuk membantu uterus berkontraksi dapat

dilakukan dengan masase agar tidak menjadi lembek dan mampu berkontraksi dengan kuat. Kalau dengan usaha ini uterus tidak mau berkontraksi dengan baik dapat diberikan oksitosin dan harus diawasi sekurang-kurangnya selama satu jam sambil mengamati terjadinya perdarahan post partum.

b) Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum

Hal ini berguna untuk mengetahui terjadinya laserasi (adanya robekan) yang dapat diketahui dari adanya perdarahan pasca persalinan, plasenta yang lahir lengkap serta adanya kontraksi uterus. Segera setelah kelahiran bayi, servik dan vagina harus diperiksa secara menyeluruh untuk mencari ada tidaknya laserasi dan dilakukan perbaikan lewat pembedahan kalau diperlukan. Servik, vagina dan perineum dapat diperiksa lebih mudah sebelum pelepasan plasenta karena tidak ada perdarahan rahim yang mengaburkan pandangan ketika itu. Pelepasan plasenta biasanya dalam waktu 5 sampai 10 menit pada akhir kala II.

c) Pemantauan dan evaluasi lanjut

(1) Tanda Vital

Pemantauan tanda-tanda vital pada persalinan kala IV antara lain:

(a) Kontraksi uterus harus baik

- (b) Tidak ada perdarahan dari vagina atau alat genitalia lainnya.
- (c) Plasenta dan selaput ketuban harus telah lahir lengkap.
- (d) Kandung kencing harus kosong.
- (e) Luka-luka pada perineum harus terawat dengan baik dan tidak terjadi hematoma.
- (f) Bayi dalam keadaan baik.
- (g) Ibu dalam keadaan baik.

Pemantauan tekanan darah pada ibu pasca persalinan digunakan untuk memastikan bahwa ibu tidak mengalami syok akibat banyak mengeluarkan darah. Adapun gejala syok yang diperhatikan antara lain: nadi cepat, lemah (110 kali/menit atau lebih), tekanan rendah (sistolik kurang dari 90 mmHg, pucat, berkeringat atau dingin, kulit lembab, nafas cepat (lebih dari 30 kali/menit), cemas, kesadaran menurun atau tidak sadar serta produksi urin sedikit sehingga produksi urin menjadi pekat, dan suhu yang tinggi perlu diwaspadai juga kemungkinan terjadinya infeksi dan perlu penanganan lebih lanjut.

(2) Kontraksi uterus

Pemantauan adanya kontraksi uterus sangatlah penting dalam asuhan kala IV persalinandan perlu evaluasi lanjut setelah plasenta lahir yang berguna untuk memantau

terjadinya perdarahan. Kalau kontraksi uterus baik dan kuat kemungkinan terjadinya perdarahan sangat kecil. Pasca melahirkan perlu dilakukan pengamatan secara seksama mengenai ada tidaknya kontraksi uterus yang diketahui dengan meraba bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tinggi fundus uterus telah turun dari pusat, karena saat kelahiran tinggi fundus uterus telah berada 1-2 jari dibawah pusat dan terletak agak sebelah kanan sampai akhirnya hilang dihari ke-10 kelahiran.

(3) Lochea

Melalui proses katabolisme jaringan, berat uterus dengan cepat menurun dari sekitar 1000gr pada saat kelahiran menjadi sekitar 50 gr pada saat 30 minggu masa nifas. Serviks juga kehilangan elastisitasnya dan menjadi kaku seperti sebelum kehamilan. Selama beberapa hari pertama setelah kelahiran sekret rahim (lochea) tampak merah (lochea rubra) karena adanya eritrosit. Setelah 3 sampai 4 hari lochea menjadi lebih pucat (lochea serosa) dan di hari ke-10 lochea tampak putih atau putih kekuningan (lochea alba). Lochea yang berbau busuk diduga adanya suatu di endometriosis

(4) Kandung Kemih

Pada saat setelah plasenta keluar kandung kencing harus diusahakan kosong agar uterus dapat berkontraksi dengan kuat yang berguna untuk menghambat terjadinya perdarahan lanjut yang berakibat fatal bagi ibu. Jika kandung kemih penuh, bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya dan ibu dianjurkan untuk selalu mengosongkannya jika diperlukan, dan ingatkan kemungkinan keinginan berkemih berbeda setelah dia melahirkan bayinya.

(5) Perineum

Terjadinya laserasi atau robekan perineum dan vagina dapat diklarifikasikan berdasarkan luas robekan. Robekan perineum hampir terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan cara menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat. Sebaliknya kepala janin akan lahir jangan ditekan terlalu kuat dan lama.

2.1.6. Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut (Nurasiah dkk, 2012) Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinnya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta terintervensi minimal, sehingga prinsip

keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

Tujuan asuhan pada persalinan yang lebih spesifik adalah:

1. Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan bayi.
2. Melindungi keselamatan ibu dan bayi baru lahir (BBL), mulai dari hamil hingga bayi selamat.
3. Mendeteksi dan menatalaksana komplikasi secara tepat waktu
4. Member dukungan serta cepat bereaksi terhadap kebutuhan ibu, pasangan dan keluarganya selama persalinan dan kelahiran bayinya.

2.1.7. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Asrinah dkk (2010), faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

1. Power (Tenaga Yang Mendorong Anak)

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah:

- a. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan
- b. His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan servik, Terdiri dari: his pembukaan, his pengeluaran, dan his pelepasan uri.
- c. His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap servik.
- d. Tenaga mengejan.

- e. Kontraksi otot-otot dinding perut.
- f. Kepala didasar panggul merangsang mengejan.
- g. Paling efektif saat kontraksi/his

2. Passage (panggul)

1) Bagian bagian tulang panggul

Panggul terdiri dari 4 buah panggul:

- a) Dua *os coxae*: *Os ischium*, *Os pubis*, *Os sacrum*, *Os illium*.
- b) *Os cossygis*

Pelvis mayor disebelah atas *pelvis minor*, superior dari linea terminalis. Fungsi obsteriknya menyangga uterus yang membesar waktu hamil.

2) Bagian-bagian pelvis minor

Pelvis minor dibagi 3 bagian: Pintu atas panggul/PAP, *Cavum pelvis*, Pintu bawah panggul.

3) Bidang panggul.

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan

- a. Pintu Atas Panggul.
- b. Bidang terbesar pada cavum pelvis
- c. Bidang terkecil pada cavum pelvis
- d. Pintu Bawah Panggul.

3. Passenger (*fetus*).

- 1) Akhir minggu 8 janin mulai nampak menyerupai manusia dewasa, menjadi jelas pada akhir minggu 12.
- 2) Usia 12 minggu jenis kelamin luarnya sudah dapat dikenali
- 3) Quickening (terasa gerakan janin pada ibu hamil) terjadi usia kehamilan 16-20 minggu.
- 4) DJJ mulai terdengar minggu 18/10
- 5) Panjang rata-rata janin cukup bulan 50 cm
- 6) Berat rata-rata janin laki-laki 3400 gram dan perempuan 3150 gram.
- 7) Janin cukup bulan, lingkaran kepala dan bahu hampir sama, hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passage.
- 8) Presentasi janin dan bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti:
 - a. Presentasi kepala (*vertex*, muka dan dahi)
 - b. Presentasi bokong : bokong murni (Frank Breech), bokong kaki (Complete Breech), letak lutut atau letak kaki (Incomplete Breech)
 - c. Presentasi bahu (letak lintang)
- 9) Sikap janin.

Hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya (badan), misalnya fleksi, defleksi.

10) Posisi janin

Hubungan bagian/point penentu dari bagian terendah janin dengan panggul ibu, dibagi dalam 3 unsur :

- a. Sisi panggul ibu : kiri, kanan dan melintang
- b. Bagian terendah janin, oksiput, sacrum, dagu dan scapula
- c. Bagian panggul ibu : depan, belakang

Bentuk/ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir (Rohani, 2011).

2.1.8. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Arsinah dkk (2010) tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain:

1. Lightening

Lightening yang mulai dirasakan kira-kira 2 minggu persalinan, adalah penurunan bagian presentasi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sevalik, kepala bayi biasanya menancap setelah *lightening*. *Lightening* adalah sebutan bahwa kepala janin sudah turun. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester ke III kehamilan akan berkurang karena kondisi ini akan menciptakan ruang yang lebih besar didalam di dalam ruang abdomen atas untuk ekspansi paru. Namun *lightening* tetap menimbulkan rasa tidak nyaman yang lain akibat tekanan bagian presentasi akibat struktur di area pelvis minor.

2. Perubahan serviks

Mendekati persalinan serviks semakin matang kalau tadinya selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak, dengan konsistensi seperti puding dan mengalami sedikit penipisan dan kemungkinan mengalami dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya. Perubahan servix diduga terjadi akibat peningkatan intensitas *Braxton hicks*. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan.

3. His palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap servix. Kontraksi dari persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi *Braxton hicks* yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar 6 minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau secara intermitten bahkan 3 atau 4 minggu sebelum awitan persalinan sejati.

4. Ketuban pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, disebut ketuban pecah dini (KPD).

5. Bloody show

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak inilah yang dimaksud sebagai bloody show.

6. Lonjakan energi

Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 sampai 48 jam sebelum awitan persalinan. Setelah beberapa hari dan minggu merasa letih secara fisik dan lelah karena hamil, mereka terjaga pada suatu hari dan menemukan diri mereka dan bertenaga penuh. Para wanita ini merasa enerjik melakukan sebelum kedatangan bayi, selama beberapa jam sehingga mereka semangat melakukan berbagai aktifitas yang sebelumnya tidak mampu mereka lakukan, akibatnya mereka memasuki masa persalinan dalam keadaan letih. Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi alamiah, yang memungkinkan wanita tersebut memperoleh energi yang diperlukan untuk menjalani persalinan. Wanita tersebut harus diberi informasi tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk menahan diri menggunakan dan menghematnya untuk persalinan.

2.1.9. Mekanisme Persalinan Normal

Menurut (Asrinah, 2010) Dalam proses persalinan normal, kepala bayi akan melakukan gerakan-gerakan utama meliputi:

1. Turunnya kepala

Turunnya kepala dibagian dalam:

a. Masuknya kepala dalam pintu atas panggul (PAP)

1. Masuknya kepala kedalam PAP pada primi terjadi di bulan terakhir kehamilan sedang pada multipara terjadi pada permulaan persalinan.
2. Kepala masuk ke PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang dan dengan refleksi yang ringan
3. Masuknya kepala melintasi PAP dalam kuadran synclitismus, yaitu arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP atau sutura sagitalis terdapat di tengah-tengah jalan lahir/ tepat diantara simfisis dan promontorium, sehingga dari parietale depan dan belakang sama tingginya.
4. Kepala yang dapat masuk dengan keadaan asynclitimus yaitu arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP atau sutura sagitalis agak kedepan mendekati simfisis / agak ke belakang mendekati promontorium.

b. Majunya kepala

1. Pada primi gravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II
2. Pada multipara majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi secara bersamaan
3. Majunya kepala bersamaan dengan gerak refleksi, putar paksi dalam, dan ekstensi.

Etiologi majunya kepala:

- a. Tingkat cairan intra uterin
- b. Tekanan langsung oleh fundus pada bokong
- c. Kekuatan megedan
- d. Melurusnya badan anak oleh pelurusan bentuk rahim.

2. Fleksi

- a. Dengan majunya kepala, biasanya fleksi juga bertambah hingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar.
- b. Dengan fleksi kepala memasuki rongga panggul pada ukuran yang terkecil, yaitu diameter sub oksipitobregmatika 9,5 cm dan dengan sirkumferensia sub oksipitobregmatika (32cm).
- c. Sampai didasar panggul, kepala janin dalam keadaan fleksi maksimal

Etiologi dari refleksi:

- a. Fleksi disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pintu atas panggul, serviks, dinding npanggul/ dasar panggul.
- b. Akibat sumbu kepala janin yang ekstrentik atau tidak simetris dengan sumbu lebih mendekati suboksiput, tahanan oleh jaringan dibawahnya terhadap kepala akan menurun/menurut hukum Koppel.

3. Putar paksi dalam

- a. Pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bagian bawah simfisis.
- b. Dalam hal mendedan rotasi, ubun-ubun kecil akan berputar kearah depan sampai dasar panggul, sehingga dasar panggul ubun-ubun kecil berada dibawah simfisis
- c. Putar paksi dalam merupakan usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir, khususnya bentuk bidang dan pintu bawah panggul.
- d. Putaran paksi dalam bersama dengan majunnya kepala dan tidak terjadi sampai kepala di hodge III, kadang-kadang baru setelah kepala sampai di dasar panggul.

Sebab-sebab putaran paksi dalam :

- a. Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.
- b. Bagian terendah kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalia antara muskulus levator ani kiri dan kanan.
- c. Ukuran terendah dari bidang tengah panggul ialah diameter anterior posterior
- d. Akibat kombinasi elastis diafragma pelvis dan tekanan intra uterine, disebabkan oleh his yang berulang-ulang sehingga kepala mengadakan rotasi.

4. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil dibawah simfisis, maka dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan atau terjadilah ekstensi.

Sebab ekstensi:

- a. Defleksi kepala/ ekstensi dikarenakan sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.
- b. Bila tidak terjadi ekstensi, kepala akan tertekan pada perineum dan menembusnya.

- c. Pola kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesak kebawah dan yang satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya ke atas, sehingga kekuatannya ke arah depan atas.

5. Putar paksi luar

- a. Saat kepala lahir, kepala anak memutar kembali ke arah punggung untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak atau untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam.
- b. Gerakan ini disebut juga putaran resusitasi atau putaran balasan
- c. Selanjutnya putaran diteruskan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischii di sisi yang berlawanan.
- d. Gerakan selanjutnya, ukuran bahu/ diameter bisakromial menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

Sebab –sebab putaran paksi luar:

Karena bahu di dalam rongga panggul menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya.

6. Expulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi hypomocion untuk kelahiran bahu belakang, kemudian bahu depan menyusul, dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.

2.1.10. Posisi-posisi Saat Meneran

Menurut (Sondakh, 2012) Pada proses persalinan terdapat beberapa posisi meneran/ mengejan yang dapat dianjurkan dan lazim untuk digunakan. Selain dapat membantu ibu dalam mengejan, dukungan dari keluarga khususnya suami juga akan menambah semangat ibu untuk melahirkan bayinya. Dalam prosesnya juga memberikan ibu waktu yang cukup untuk beristirahat sehingga dapat menyimpan tenaga untuk mengejan.

1. Posisi Miring atau Lateral

Posisi miring membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (Sondakh, dkk, 2012).



Gambar 2.1 Posisi Miring atau Lateral

Keuntungan :

- a. Oksigenisasi janin maksimal karena dengan miring ke kiri sirkulasi darah ibu ke janin lebih lancar.
- b. Memberi rasa santai bagi ibu yang letih.

c. Mencegah terjadinya laserasi (Sondakh, dkk, 2012).

2. Posisi Jongkok

Posisi jongkok membantu mempercepat kemajuan kala II persalinan dan mengurangi rasa nyeri (Sondakh, dkk, 2012).



Gambar 2.2 Posisi Jongkok

Keuntungan :

- a. Memperluas rongga panggul, diameter tranversal bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm.
- b. Persalinan lebih mudah.
- c. Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- d. Mengurangi trauma pada perineum. (Sondakh, 2012)

3. Posisi Merangkak

Posisi merangkak membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum (Sondakh, dkk, 2012)



Gambar 2.3 Posisi Merangkak

Keuntungan :

- a. Membantu kesehatan janin dalam penurunan lebih dalam ke panggul.
- b. Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit.
- c. Membantu janin dalam melakukan rotasi.
- d. Peregangan minimal pada perineum (Sondakh, dkk, 2012).

4. Posisi Semi Duduk

Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai RS/RSB di segenap penjuru tanah air. Pada posisi ini, pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman (Sondakh, dkk, 2012).



Gambar 2.4 Posisi Semi Duduk

Keuntungan :

- a. Memudahkan melahirkan kepala bayi.
- b. Membuat ibu nyaman.
- c. Jika merasa lelah ibu bisa beristirahat dengan mudah.

5. Posisi duduk

Pada posisi ini, duduklah diatas tempat tidur dengan disangga beberapa bantal atau bersandar pada tubuh pasangan. Kedua kaki ditekuk dan dibuka tangan memegang lutut dan tangan pasangan membantu memegang perut ibu.



Gambar 2.5 Posisi Duduk

Keuntungan :

- a. Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- b. Memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi.
- c. Memudahkan melahirkan kepala bayi (Rohani, dkk, 2011: 53).

6. Posisi berdiri

Menurut Sondakh (2012) menyatakan bahwa pada posisi ini ibu disangga oleh suami dibelakangnya.



Gambar 2.6 Posisi Berdiri

Keuntungan :

- a. Memanfaatkan gaya gravitasi.

Memudahkan melahirkan kepala (Sondakh, dkk, 2012).

2.1.11. Persiapan Asuhan Persalinan Normal.

Menurut Wiknjosastro, dkk (2008)

1. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Dimanapun persalinan terjadi, diperlukan hal-hal pokok seperti berikut :

- a) Ruangan yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindung dari tiupan angin.
- b) Sumber air bersih dan mengalir untuk cuci tangan dan memandikan ibu sebelum dan sesudah melahirkan.
- c) Air desinfeksi tingkat tinggi untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum dilakukan pemeriksaan dalam dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir.
- d) Kecukupan air bersih, klorin, deterjen, kain pembersih, kain pel dan sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan.

- e) Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan.
 - f) Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan untuk memberikan asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan.
 - g) Penerangan yang cukup, baik yang siang maupun malam hari.
 - h) Tempat tidur yang bersih untuk ibu.
 - i) Meja yang bersih atau tempat untuk menaruh peralatan persalinan.
 - j) Meja untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir.
2. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan.
- a) Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan. Segera ganti peralatan yang hilang atau rusak.
 - b) Periksa semua obat-obatan dan bahan-bahan sebelum dan setelah menolong persalinan.
 - c) Pastikan bahwa perlengkapan dan bahan-bahan sudah bersih dan siap pakai. Partus set, peralatan untuk melakukan penjahitan, dan resusitasi bayi baru lahir sudah dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi.
3. Persiapan rujukan.
- Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas yang

sesuai dapat membahayakan jiwa ibu dan bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan yang telah diberikan dan semua hasil penilaian (termasuk partograf) untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

4. Memberikan asuhan sayang ibu.

Persalinan adalah saat yang menegangkan dan dapat menggugah emosi ibu dan keluarganya atau bahkan menjadi saat yang menyakitkan dan menakutkan bagi ibu. Upaya untuk mengatasi gangguan emosional dan pengalaman yang menegangkan tersebut sebaiknya dilakukan melalui asuhan sayang ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya.

Asuhan sayang ibu selama persalinan termasuk :

- a) Memberikan dukungan emosional
- b) Membantu pengaturan posisi ibu
- c) Memberikan cairan dan nutrisi
- d) Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur
- e) Pencegahan infeksi.

5. Persiapan Alat/Bahan.

SAFF I	SAFF II	SAFF III
Partus set berisi : klem steril 1 pasang, gunting tali pusat 1 buah, kasa	a. Tempat plasenta b. Tensi meter c. Stethoscope d. Wadah berisi	1. perlengkapan ibu 2. perlengkapan bayi 3. Infuse set 4. Plastik pakaian kotor

<p>secukupnya, pengikat tali pusat, handscoen 2 pasang, ½ koher 1 buah.</p> <p>Hecting set berisi : pingset 2 pasang, nalfuder 1 buah, kasa 6 buah, handscoen 1 pasang, jarum hecting 1 buah, benang catgut chromic , gunting benang 1 buah. Kapas sublimat, air DTT, handzanitizer, obat-obatan: oxytosin 1 ampul, aquades steril, spuit 3 cc, 5 cc, 10 cc, clorin spray, korentang pada tempatnya.</p>	<p>larutan clorin 0,5 %</p> <p>e. Sarung tangan steril dan keteter steril</p> <p>f. Thermometer.</p>	<p>5. peralatan APD</p>
--	--	-------------------------

Tabel 2.1. Persiapan Alat dan Bahan

6. Pertolongan Kalla II

Menurut Asrinah (2010) Langkah-langkah pertolongan persalinan sesuai dengan APN (Asuhan Persalinan Normal) sebanyak 58 langkah yaitu:

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kalla II
 - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran.
 - b) Ibu merasakan regangan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina.
 - c) Perineum tampak menonjol.
 - d) Vulva dan sfingter ani membuka.
- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menataalksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia tempat datar dank eras, sediakan 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.
 - a) Menggelar kain diatas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi.
 - b) Menyiapkan oksitosin 10 Unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Memakai celemek plastik.
- 4) Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian

keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

- 5) Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam
- 6) Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril) pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyangka dengan hati-hati dari depan ke belakang menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air matang (DTT).
 - a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
 - b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%).
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
 - a. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniootomi.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan

klorin 0,5%, kemudian membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.

- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/ saat relaksasi uterus, untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit).
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, bila bantu ibu untuk menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu serta janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif), dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan member semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- 12) Meminta bantuan keluarga dalam menyiapkan posisi ibu untuk meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran:
- a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran, serta perbaiki cara meneran apabila tidak sesuai.
 - c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d. Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
 - e. Anjurkan keluarga member dukungan dan semangat pada ibu.
 - f. Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - h. Segera merujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (Primigravida) atau 60 menit (1jam) meneran (multigravida).
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat $\frac{1}{3}$ bagian di bawah bokong ibu.

- 17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 19) Saat kepala janin terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
- 20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai. Jika hal itu terjadi, segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara dua klem tersebut.
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparetal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut, gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis, kemudian gerakan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.
- 24) Setelah badan dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
- 25) Melakukan penilaian selintas:
- a. Apakah bayi menangis kuat dan/ atau bernapas tanpa kesulitan?
 - b. Apakah bayi bergerak aktif?
- Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap, segera lakukan tindakan resusitasi (langkah 25 ini berlanjut ke langkah-langkah prosedur resusitasi bayi bayi baru lahir dengan asfiksia).
- 26) Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain kering. Letakan bayi diatas perut ibu.
- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus

- 28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (intramaskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
- 30) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
- a. Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan pengguntingan tali pusat (lindungi perut bayi) di antara 2 klem tersebut.
 - b. Ikat tali pusat dengan benang DTT/ steril pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi yang berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci.
 - c. Lepaskan klem dan masukan kedalam wadah yang telah disediakan.
- 32) Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit bayi. Letakan bayi dengan posisi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut

ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

- 33) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 35) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menengangkan tali pusat.
- 36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati ke arah dorsokranial. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, lalu ulangi prosedur.
- 37) Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorsokranial).
- 38) Saat plasenta muncul diintroitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

- a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
- 39) Segera setelah plasenta dan ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
- a. Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan traktif/masase.
- 40) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus.
- 41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.
- 42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 43) Beri cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam).
- a. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama

biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.

b. Biarkan bayi berada didada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

44) Lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1mg intramaskuler di paha kiri anterolateral.

45) Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (setelah 1 jam pemberian vitamin K1) dipaha kanan anterolateral.

a. Letakan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disuse.

b. Letakan kembali bayi di dada ibu bila ia belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

46) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

a. 2-3 dalam 15 menit pertama pasca persalinan

b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.

c. setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan .

d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.

47) Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

- 48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 49) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan, dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
 - a. Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca melahirkan.
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- 50) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa ia bernapas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C).
- 51) Menempatkan semua peralatan bekas pakai kedalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 52) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 53) Membersihkan badan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan pula sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 54) Memastikan ibu merasa nyaman dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum.
- 55) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%

- 56) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 57) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang kering dan bersih.
- 58) Melengkapi partograf (halam depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kalla IV.

2.1.2Tabel Kunjungan Masa Nifas.

Program dan kebijakan teknik masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.s d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu. e. Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir

		f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
2	6hari setelah persalinan	<p>a. Memastikan involusi uteri berjalan normal,uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal,dan tidak ada bau</p> <p>b. Menilai adanya tanda-tanda demam,infeksi atau kelainan pasca melahirkan</p> <p>c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan,dan istirahat</p> <p>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit</p> <p>e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi,cara merawat tali pusat,dan menjaga bayi agar tetap hangat</p>
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti di atas (enam hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	<p>a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang di alami atau bayinya</p> <p>b. Memberikan konseling untuk KB secara dini</p>

Tabel 2.2. Tabel Kunjungan Masa Nifas

2.2. Partograf

Menurut (Asrinah, 2010) Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari partograf adalah:

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
3. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik, dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medis ibu bersalin dan bayi baru lahir.

Jika digunakan secara tepat dan konsisten, partograf akan membantu menolong persalinan untuk:

1. Mencatat kemajuan persalinan.
2. Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
3. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
4. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.

5. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

Partograf harus digunakan:

1. untuk semua ibu dalam fase aktif kala I persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan.
2. Selama persalinan dan kelahiran bayi disemua tempat (rumah, puskesmas, klinik, bidan swasta, rumah sakit, dll).
3. Secara rutin oleh semua penolong persalinan, yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (spesialis obstetrik, bidan, dokter umum, residen dan mahasiswa kedokteran).

2.2.1. Pencatatan Selama Fase Aktif Persalinan: Parograf

Menurut (Asrinah, 2010) halaman depan partograf menginstruksikan observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur serta kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan.

1. Informasi tentang ibu
 - a. Nama, usia
 - b. Gravida, para, abortus (keguguran)
 - c. Nomor catatan medik/ puskesmas
 - d. Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika dirumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu).
 - e. Waktu pecahnya ketuban.

2. Kondisi janin
 - a. DJJ
 - b. Warna dan adanya air ketuban
 - c. Penyusupan (molase) kepala janin
3. Kemajuan persalinan
 - a. Pembukaan serviks
 - b. Penurunan bagian terbawah atau presentasi janin.
 - c. Garis waspada dan garis bertindak.
4. Jam dan waktu
 - a. Waktu mulainya fase aktif persalinan
 - b. Waktu actual saat pemeriksaan atau penilaian.
5. Kontraksi uterus
 - a. Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit
 - b. Lama kontraksi (dalam detik)
6. Obat-obatan dan cairan yang diberikan
 - a. Oksitosin
 - b. Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
7. Kondisi ibu
 - a. Nadi, tekanan darah dan temperature tubuh
 - b. Urin (volume, aseton atau protein).

2.2.2. Mencatat Temuan Pada Partograf:

1. Informasi tentang ibu

Melengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai: jam pada partograf) dan perhatikan kemungkinan pencatatan dalam fase laten persalinan. Catat waktu terjadinya pecah ketuban.

2. Kondisi janin

Bagian atas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin).

a. Denyut jantung janin

Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Setiap kotak di bagian atas partograf menunjukkan waktu 30 menit. Skala angka di sebelah kolom paling kiri menunjukkan DJJ. Catat DJJ dengan member tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan titik yang satu dengan titik yang lain menggunakan garis tegas dan bersambung.

Kisaran normal DJJ terpapar pada partograf di antara garis tebal pada angka 180 dan 100. Sebaiknya penolong harus waspada bila DJJ mengarah hingga dibawah 120 atau di atas 160. Untuk tindakan segera yang harus dilakukan jika DJJ melampaui kisaran normal ini, catat tindakan- tindakan yang dilakukan pada ruang yang tersedia di salah satu dari kedua sisi partograf.

b. Warna dan adanya air ketuban

Nilai air dan kondisi ketuban setiap kali melakukan periksa dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ.

Gunakan lambang-lambang berikut ini:

U : Ketuban utuh

J : Ketuban sudah pecah dan air jernih

M : Ketuban sudah pecah dan terdapat mekonium

D : Ketuban sudah pecah dan bercampur darah

K : Ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban

Mekonium dalam cairan ketuban tidak selalu menunjukkan adanya gawat janin. Jika terdapat mekonium pantau DJJ secara seksama untuk mengenali tanda-tanda gawat janin selama proses persalinan. Jika ada tanda-tanda gawat janin (denyut jantung janin <100 atau >180 kali/ menit, ibu harus segera di rujuk.

Tetapi jika terdapat mekonium kental, segera rujuk ibu ke tempat yang memiliki kemampuan penatalaksanaan gawat darurat obstetric dan bayi baru lahir.

c. Penyusupan (molase tulang kepala janin)

Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupan atau

tumpang tindih antar tulang kepala, semakin menunjukkan resiko disproporsi kepala panggul (CPD).Ketidakmampuan untuk berakomodasi atau disproporsi ditunjukkan melalui derajat penyusutan atau tumpang tindih (molding) yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup, sulit untuk dipisahkan.Apabila ada dugaan disproporsi kepala panggul, penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan.Lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu dengan dugaan CPD ke fasilitas kesehatan rujukan.Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusutan antar tulang (molding) kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai dibawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang dibawah ini:

- 0 : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- 1 : tulang-tulang kepala hanya saling bersentuhan
- 2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan
- 3 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

3. Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan.Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri

adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai besarnya dilatasi serviks dalam satuan cm dan menempati lajur dalam kotak tersendiri. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin, tercantum angka 1 sampai 5 yang sesuai dengan metode perlimaan, seperti yang telah dijelaskan sebelumnya (menentukan penurunan janin). Setiap kotak segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit. Untuk pencatatan waktu pemeriksaan, denyut jantung janin, kontraksi uterus dan frekuensi nadi ibu, berikut caranya:

a. Pembukaan serviks

Dengan menggunakan metode yang dijelaskan di bagian pemeriksaan fisik pada bab ini, nilai dan catat pembukaan setiap 4 jam (lebih sering dilakukan jika ada tanda-tanda penyulit). Saat ibu berada pada fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda 'X' harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

Perhatikan :

- 1) Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan, yang di peroleh dari hasil pemeriksaan dalam.

2) Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif persalinan, temuan (pembukaan serviks) dari hasil pemeriksaan dalam harus dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan pembukaan serviks (hasil pemeriksaan dalam) dan cantumkan tanda 'X' pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada.

3) Hubungkan tanda 'X' dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus).

b. Penurunan bagian terbawah janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam atau lebih sering (jika ditemukan tanda-tanda penyulit), cantumkan hasil penurunan kepala (perlimaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin. Tapi ada kalanya penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm.

Tuliskan 'turunnya kepala janin' dan garis tidak terputus dari 0-5 cm, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Berikan tanda 'O' di garis angka 4. Hubungkan tanda 'O' dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

c. Garis waspada dan garis bertindak.

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai pada garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah kesebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), harus dipertimbangkan adanya penyulit (misalnya: fase aktif yang memanjang, serviks kaku, atau inersia uteri hipotonik, dll). Pertimbangkan perlunya melakukan intervensi bermanfaat yang diperlukan, misalnya: persiapan rujukan ke fasilitas kesehatan rujukan (rumah sakit, puskesmas) yang memiliki kemampuan untuk menatalaksanakan penyulit atau gawat darurat obstetrik. Garis bertindak tertera sejajar dan disebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak, ini menunjukkan bahwa perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Sebaiknya, ibu harus sudah berada ditempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

d. Jam dan waktu

1. Waktu mulai fase aktif persalinan

Dibagian bawah partograf (pembukaan serviks dan penurunan) tertera kotak-kotak yang diberi angka 1-12. Setiap kotak menyatakan 1 jam sejak dimulai fase aktif persalinan.

2. Waktu actual saat pemeriksaan atau penilaian

Di bawah lajur kotak untuk waktu mulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan dilakukan. Setiap kotak menyatakan 1 jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu 30 menit yang berhubungan dengan lajur untuk pencatatan pembukaan serviks, DJJ dibagian atas dan lajur kontraksi serta nadi ibu dibagian bawah. Saat ibu masuk kedalam fase aktif persalinan, cantumkan pembukaan serviks di garis waspada. Kemudian catat waktu aktual pemeriksaan di kotak waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika hasil pemeriksaan dalam menunjukkan pembukaan serviks adalah 6 cm pada pukul 15.00, cantumkan tanda 'X' di garis waspada yang sesuai dengan lajur angka 6 yang tertera disisi luar kolom paling kiri dan catat waktu aktual di kotak pada lajur waktu di bawah lajur pembukaan (kotak ketiga dari kiri).

e. Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf, terdapat 5 kotak dengan tulisan 'kontraksi/10 mnt' disebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak

menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh: jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu 1 kali 10 menit, lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi.

f. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus, tertera lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obat lainnya dan cairan IV. Obat ini dapat juga digunakan untuk mencatat jumlah asupan yang diberikan.

1) Oksitisin

Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan/menit.

2) Obat- obatan lain dan cairan IV

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/ atau cairan IV dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya.

g. Kondisi ibu

Pada bagian terbawah lajur dan kolom pada halaman depan partograf, terdapat kotak atau ruang untuk mencatat kondisi kesehatan dan kenyamanan ibu selama persalinan.

1) Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh

Angka disebelah kiri bagian partograf berkaitan dengan nilai dan tekanan darah ibu.

a. Nilai dan catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan (lebih sering jika diduga adanya penyulit). Beri tanda titik (.) pada kolom waktu yang sesuai.

b. Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan (lebih sering jika diduga adanya penyulit). Beri tanda panah dalam partograf pada kolom waktu yang sesuai.

c. Nilai dan catat temperatur suhu ibu (lebih sering jika terjadi peningkatan mendadak atau diduga adanya infeksi) setiap 2 jam dan catat temperature tubuh pada kotak yang sesuai.

2) Volume urin, protein, dan aseton

Ukur dan catat jumlah produksi urin ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih). Jika memungkinkan, setiap kali ibu berkemih, lakukan pemeriksaan aseton dan protein dalam urin.

h. Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya.

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan dan keputusan klinik di sisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan. Cantumkan juga tanggal dan waktu saat membuat catatan persalinan. Beberapa catatan yang perlu dicantumkan misalnya:

- 1) Jumlah cairan per oral yang diberikan
- 2) Keluhan sakit kepala atau penglihatan (pandangan kabur)
- 3) Konsultasi dengan penolong persalinan lainnya (obgin, bidan, dokter umum)
- 4) Persiapan sebelum melakukan rujukan
- 5) Upaya, jenis dan lokasi fasilitas rujukan.

2.2.3. Pencatatan pada lembar belakang partograf

Halaman bagian belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak kala I hingga kala IV dan bayi baru lahir. Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai pencatatan persalinan. Nilai dan catat asuhan yang diberikan kepada ibu selama masa nifas (terutama pada kala IV persalinan) untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai. Dokumentasi ini sangat penting, terutama untuk membuat keputusan klinik. Selain itu catatan persalinan dapat digunakan untuk menilai/ memantau sejauh

mana pelaksanaan asuhan persalinan yang aman dan bersih telah dilakukan.

Catatan persalinan terdiri dari unsur-unsur berikut:

- 1) Data atau informasi umum
- 2) Kala I.
- 3) Kala II.
- 4) Kala III.
- 5) Bayi baru lahir.
- 6) Kala IV.

2.3 Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Menurut Varney

a. Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien (Helen Varney, 2008).

b. Tujuan

Adapun tujuan dari manajemen kebidanan (Helen Varney, 2008) yaitu:

- a. Untuk menunjukkan perbaikan-perbaikan yang diharapkan setelah menentukan perencanaan.

- b. Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan yang dilakukan dan menentukan sasaran yang tepat.
- c. Untuk mengetahui kemajuan hasil dan tindakan yang akan dilakukan
- d. Untuk memecahkan suatu masalah
- e. Menimbulkan cara berpikir analitik dan kritis dengan melihat permasalahan
- f. Menjadi profesionalisme dalam mengatasi permasalahan ibu, anak dan keluarga berencana.

c. Langkah – Langkah Manajemen Kebidanan Varney

1) Langkah 1 : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini berisi semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Yang terdiri dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Yang termasuk data subjektif antara lain biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, biopsikologo spiritual, pengetahuan klien.

Data objektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan test diagnostik lain yang di rumuskan dalam fokus. Data objektif terdiri dari pemeriksaan fisik yang sesuai dengan kebutuhan

dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi), pemeriksaan penunjang (laboratorium, cacatan baru dan sebelumnya).(Tresnawati, 2016)

2) Langkah 2 : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data- data yang telah dikumpulkan (Tresnawati, 2016).

3) Langkah 3 : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial dan mengantisipasi penanganannya

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnose atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnose atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi(Tresnawati, 2016).

4) Langkah 4: Menetapkan Kebutuhan terhadap Tindakan Segera.

Melakukan konsultasi,kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk di konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien (Tresnawati, 2012).

5) Langkah 5 : Menyusun rencana Asuhan Yang Menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi (Tresnawati, 2016).

6) Langkah 6 : Pelaksanaan langsung Asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah ini, rencana asuhan yang menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilaksanakan seluruhnya oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukan sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarah pelaksanaannya (Tresnawati, 2016).

7) Langkah 7 : Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan akan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dianggap efektif jika memang benar dalam pelaksanaannya (Tresnawati, 2016).

2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Intrapartal Multigravida.

I. Pengkajian.

a. Data Subjektif.

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua yang berkaitan dengan kondisi klien.

1. Identitas mencakup:

a. Umur

Umur merupakan salah satu faktor penentu apakah usia ibu termasuk dalam usia produktif atau tidak. Usia reproduktif seorang wanita adalah lebih dari 20 tahun dan kurang dari 35 tahun. Jika usia ibu untuk hamil atau melahirkan < 20 tahun dan > 35 tahun, maka itu dikategorikan sebagai resiko tinggi.

b. Pekerjaan

Masalah utama jika bekerja saat hamil, adalah resiko terkena pajanan terhadap zat-zat fetotoksik, ketegangan fisik yang berlebihan, terlalu lelah, pengobatan atau komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan, dan masalah dengan usia kehamilan lanjut.

2. Keluhan utama

Adanya HIS yang adekuat dirasakan pada pinggang menjalar ke perut bagian bawah, keluar lendir dan darah dari jalan lahir, ketuban pecah,

Ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang kefasilitas pelayanan kesehatan dan digunakan agar dapat menegaskan diagnose berdasarkan keluhan yang disampaikan pasien.

3. Riwayat penyakit sekarang seperti kardiovaskuler/jantung, malaria, hepatitis, penyakit kelamin /HIV/AIDS, diabetes, hipertensi, karena dapat menyebabkan komplikasi pada saat proses persalinan.
4. Riwayat kehamilan sekarang.
 - a. HPHT adalah hari pertama dari masa menstruasi normal terakhir (membantu saat penanggalan kehamilan).
 - b. Keberadaan masalah atau komplikasi seperti perdarahan.
 - c. Ditanyakan pergerakan janin normal yang lebih dari 10x/hari.
 - d. Jumlah kunjungan kehamilan selama ibu hamil mulai trimester I kehamilan sampai dengan trimester III sebanyak 4 kali.
 - e. Imunisasi Tetanus Toksoid pada ibu hamil untuk mencegah terjadinya penyakit tetanus pada bayi dan ibu yang dimulai pada awal kehamilan sampai dengan 25 tahun.
5. Riwayat persalinan yang lalu

Jumlah kehamilan, aborsi (spontan atau dengan obat-obat), jumlah anak yang lahir hidup, keadaan bayi saat lahir, berat badan lahir 2500 gram – 4000 gram dan komplikasi.

Membantu pemberian asuhan agar waspada terhadap kemungkinan terjadinya masalah potensial.

6. Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui jenis Kontrasepsi yang pernah di pakai seperti suntik, Pil, IUD, Implat, dan untuk dapat menjarangkan kehamilan.

7. Keadaan psikologi

Pengkajian psikososial ini membantu untuk menentukan sikap ibu terhadap kehamilan, kebutuhan akan pendidikan, sistem pendukung yang memadai untuk ibu, keyakinan budaya dan agama, status ekonomi, dan keadaan tempat tinggal, serta pekerjaan ibu setiap hari yang berat, pekerjaan yang baik untuk ibu selama hamil adalah pekerjaan yang tidak membuat ibu cape.

8. Perilaku kesehatan

a. Perilaku merokok berhubungan dengan berkurangnya berat badan bayi yang dilahirkan dan dengan insiden persalinan preterm.

b. Konsumsi alkohol telah dihubungkan dengan deficit neurologic pada bayi baru lahir dan dengan berat bayi lebih rendah. Peminum berat bisa mengakibatkan terjadinya sindrom janin alkohol.

9. Riwayat latar belakang budaya

Ditanyakan kebudayaan agar dapat mengetahui pantangan pada saat ibu hamil atau pada saat mau melahirkan seperti tidak memakan ikan, daging, atau Lombok.

10. Riwayat seksual

Perubahan dalam hasrat seksual adalah hal wajar, dan hasrat dapat berubah-ubah menurut trimester. Pada trimester pertama, kelelahan, mual, dan nyeri tekanan pada mammae, mungkin menjadi penyebab terhadap penurunan hasrat pada beberapa ibu. Di trimester kedua kemungkinan adalah saat meningkatnya hasrat, sedangkan pada trimester ketiga kemungkinan waktu menurunnya hasrat. Hal yang perlu ditekankan, bahwa hubungan seksual dikontraindikasikan pada saat terjadinya rupture selaput ketuban, atau adanya perdarahan pervaginam, untuk menghindari masuknya infeksi.

11. Riwayat kebersihan diri.

Perawatan payudara: perawatan payudara selama hamil dilakukan setiap hari agar payudara tetap bersih dan puting susu tidak tengelam, perawatan dan pemijatan payudara menggunakan air bersih, baby oil, atau air sabun dan membersihkan menggunakan kapas.

B .Data Objektif.

1. Pemeriksaan Umum.

a. TTV: frekuensi nadi dapat sedikit meningkat. Tekanan darah biasanya sedikit menurun, menjelang masa pertengahan kehamilan dan berangsur-angsur kembali normal. Mengobservasi tekanan darah ibu agar tidak terjadi hipertensi pada ibu hamil, tekanan darah normal (110/60mmHg-130/60 mmHg).

b. Tinggi Badan.

Tinggi badan normal pada ibu hamil, jika tinggi badan kurang dari normal maka dicurigai panggul ibu sempit atau CPD dan akan berpengaruh pada poses persalinan.

c. Berat Badan.

Selama trimester pertama berat badan ibu bertambah sebanyak 7-8 kg, selama trimester kedua dan trimester ketiga berat badan ibu hamil meningkat sebanyak 0,5 Kg.

d. Lila: Dilakukan pengukuran Lila pada ibu melahirkan untuk mengetahui kecukupan gizi dari ibu hamil dan melahirkan Lila normal ibu hamil adalah: 23,5 cm.

2. Pemeriksaan fisik.

1) Kepala: pada kepala bersih atau tidak, oedema, bekas luka.

2) Wajah: cloasma gravidarum, oedema.

- 3) Mata: konjungtiva: merah mudah, sclera: putih, tidak ada oedema.
- 4) Gigi: bersih, tidak ada caries.
- 5) Leher: mengkaji tiroid, kemungkinan agak membesar selama kehamilan, tandai bila ada pembesaran, nodul, dan seterusnya, yang dapat mengindikasikan hipertiroidisme atau goiter dan dikaji lebih jauh adanya gangguan.
- 6) Dada: melakukan inspeksi dan palpasi, dapat dicatat perubahan normal. kulit tampak kekuningan dan terabahnya nodul memberi kesan kemungkinan karsinoma, warna kemerahan mengidentifikasi mastitis.
- 7) Perut: inspeksi dan palpasi, mengkaji pembesaran abdomen, striae, dan linea nigra, serta memeriksa TFU untuk mengetahui tafsiran berat badan janin dan kontraksi uterus.
 - i) Leopold I: untuk menentukan tuanya kehamilan dan bagian apa yang terdapat dalam fundus.
 - ii) Leopold II : untuk menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana letak bagian-bagian kecil.
 - iii) Leopold III : untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul.

- iv) Leopold IV : untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul
- v) MC donal dan TBBA: untuk menentukan tafsiran berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri, dengan menggunakan rumus:
Kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul (Divergen) $TFU - 11 \times 155$, dan kepala belum masuk PAP (convergen) $TFU - 12 \times 155$.
- 8) Ekstremitas: apakah ibu ada cacat bawaan, adanya oedema pada pergelangan kaki adalah normal dan memeriksa reflex patella. Hiperrefleksia dapat mengindikasikan hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan.
- 9) Vulva vagina dan anus: hemoroid. Oedema.
- 10) Vulva: bentuk normal, labia mayora menutupi labia minora, tidak ada Infeksi menular seksual, dan kelainan pada vagina atau varices, varices pada ibu hamil akan mengakibatkan perdarahan pada saat proses persalinan.
- 11) Anus: dapat dicatat bila ada ruam, benjolan, dan hemoroid, ibu yang menderita hemoroid sebaiknya dikaji untuk masalah konstipasi dan hemoroid dapat menyebabkan perdarahan.

3. Pemeriksaan Dalam.

Indikasi: dilakukan pemeriksaan dalam jika ada indikasi seperti ketuban pecah atau tiap 4 jam melakukan pemeriksaan dalam atau VT.

Tujuan: dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui kemajuan persalinan.

Vagina Toucher:

- a. Vulva dan vagina ada kelainan atau tidak.
- b. portio tebal atau tipis lunak.
- c. Pembukaan Kala I fase aktif pembukaan 5 cm.
- d. ketuban (U: ketuban utuh, J: air ketuban jernih, M: air ketuban bercampur mekonium, D: air ketuban bercampur darah, K: air ketuban tidak ada atau kering).
- e. molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bias menyesuaikan dengan bagian keras panggul
 - 0: tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi.
 - 1 : tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan,
 - 2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih bisa dipisahkan,
 - 3 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak bias dipisahkan).

4. pemeriksaan Laboratorium.

- a. Urine: Untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urine, dikarenakan terjadinya retensi air dan garam dalam tubuh. Protein + 1 dapat, mengindikasikan hipertensi akibat kehamilan, glikosuria ringan mungkin didapati pada keadaan normal, tetapi tetap membutuhkan pengkajian lebih lanjut, keadaan ini bisa mengindikasikan diabetes mellitus.
- b. Darah: dilakukan pada ibu hamil terutama adalah pemeriksaan kadar Hb dalam darah dan dapat dilakukan agar dapat mendeteksi faktor resiko kehamilan.

II. **Analisa Masalah Dan Diagnose**

Mencari hubungan antara data atau fakta yang ada untuk menentukan sebab akibat, menentukan masalah dan diagnose, menentukan penyebab utama.

Pada langkah ini, data dasar yang sudah dikumpulkan, diinterpretasikan menjadi masalah atau diagnose spesifik. Keduanya digunakan karena beberapa masalah yang tidak dapat disesuaikan seperti diagnosa, tetapi membutuhkan penanganan yang serius yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap klien.

III. Antisipasi masalah potensial

Pada diagnose potensial kita menentukan masalah potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose actual. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila kemungkinan terjadi infeksi, perdarahan, hipertensi, persalinan macet, pusing yang berlebihan, penglihatan kabur.

Kebutuhan: memberikan pelayanan kebidanan sesuai dengan masalah yang dihadapi ibu sekarang, yaitu memberikan informasi tentang gangguan rasa nyaman yang dirasakan ibu.

IV. Tindakan Segera

Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera jika terjadi infeksi, perdarahan, persalinan macet, dll. Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan yang paling tepat.

V. Perencanaan

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau

masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada data ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan

VI. Pelaksanaan

Langkah ini dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat dengan ketentuan melaksanakan tindakan kebidanan secara mandiri, kolaborasi delegasi kepada teman sejawat.

VII. Evaluasi

Langkah ini merupakan evaluasi semua kegiatan yang dilaksanakan sesuai rencana tindakan, sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnose evaluasi yang diharapkan pada kasus ibu.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian Dan Rancangan Penelitian

3.1.1. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah rancangan bagaimana penelitian tersebut dilaksanakan. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sastroasmoro, 2011).

3.1.2. Rancangan Penelitian

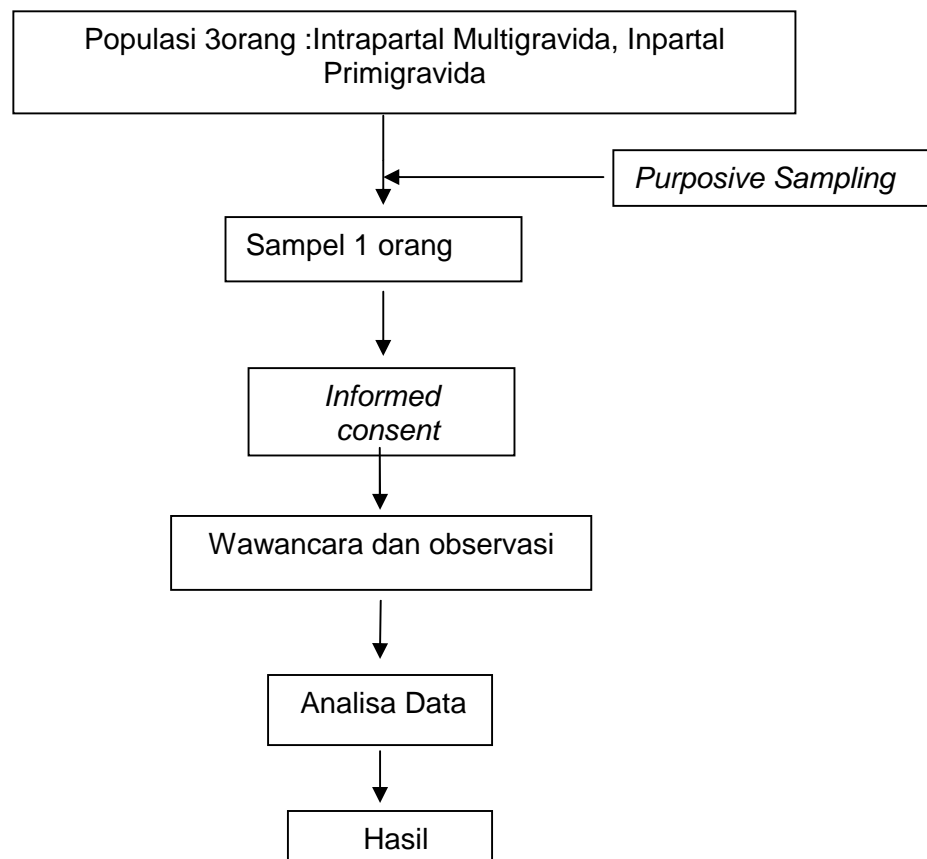
Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variabel dalam suatu penelitian (Riyanto, 2011). Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan penelitian yang mendalam tentang individu, satu kelompok, satu organisasi, satu program kegiatan dan sebagainya dalam waktu tertentu. Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui studi kasus yang terdiri dari unit tunggal. Unit yang menjadi kasus tersebut secara mendalam di analisis baik dari segi yang berhubungan dengan keadaan kasus itu sendiri, faktor-faktor yang mempengaruhi, kejadian-kejadian khusus yang muncul sehubungan dengan kasus, maupun

tindakan dan reaksi kasus terhadap suatu perlakuan atau pemaparan tertentu (Notoatmodjo, 2002).

3.1.3. Kerangka Kerja (Frame Work)

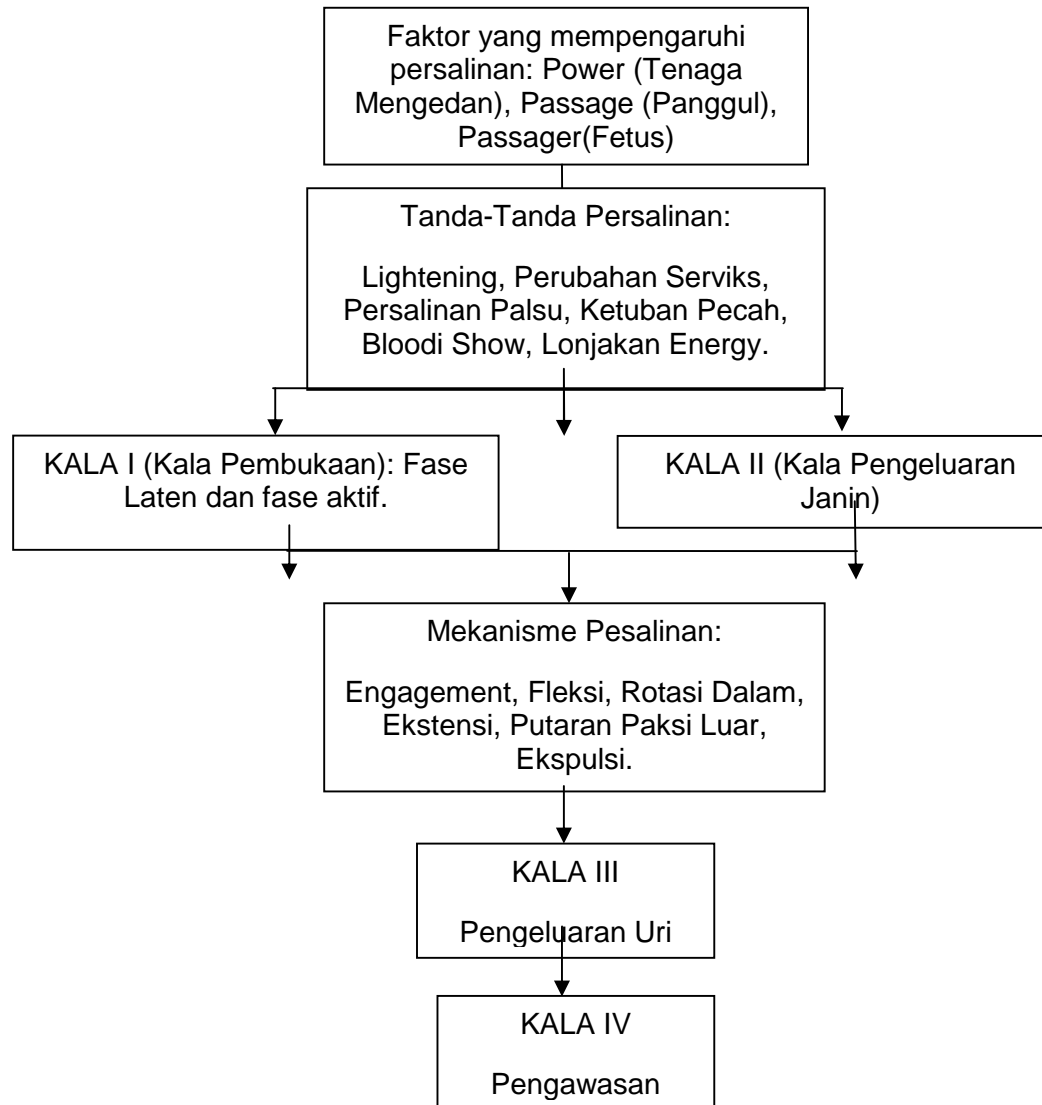
Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat,2010).

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1.Kerangkakerja penelitian kasus pada ibu bersalin dengan intrapartal normal.

3.2. Kerangka Teori



Gambar 3.2.Kerangkakerja penelitian kasus pada ibu bersalin dengan intrapartal normal.

3.3. Populasi, Sampel Dan Sampling

3.3.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang diteliti (Notoatmodjo, 2005). Populasi pada penelitian ini adalah intrapartal multigravida yang sedang dirawat diruangan bersalin Puskesmas Sikumana.

3.3.2. Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2005).

sampel yang digunakan menggunakan criteria sampel Inklusi (criteria yang layak diteliti). Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Pertimbangan ilmiah harus menjadi pedoman dalam menentukan criteria inklusi (Setiadi, 2013).

Kriteria Inklusinya adalah: bersedia menjadi responden, ibu bersalin. Sampel pada penelitian ini adalah seorang ibu intrapartal multigravida sedang dirawat di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana.

3.3.3. Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada

(Hidayat, 2010). Teknik sampling yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan teknik *purposive sampling* yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2011).

3.4. Pengumpulan Data Dan Analisis Data

3.4.1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011). Pengumpulan data menggunakan format pengkajian.

3.4.2. Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapat izin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan ketua Prodi Kebidanan untuk studi kasus dilahan ditujukan kepada Kepala Ruangan Puskesmas Sikumana. Peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden dengan memberikan inform consent. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung. Setelah melakukan pengumpulan data melalui wawancara dan observasi, data yang telah didapat tersebut diolah dan dianalisa.

3.4.3. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar pengkajian untuk wawancara dan observasi. Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*), (Notoatmodjo, 2005). Observasi merupakan suatu metode untuk mengamati dan memahami perilaku seseorang atau kelompok orang dalam situasi tertentu.

Lembar pengkajian terdiri dari data subyektif dan obyektif. Untuk mendapatkan data subyektif maka dilakukan anamnesa atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan beberapa pertanyaan, sedang untuk data obyektif dilakukan observasi secara langsung pada pasien.

3.4.4. Tempat Dan Waktu Pelaksanaan Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana Kota Kupang. Waktu penelitian pada tanggal 17/19 Juni 2016.

3.4.5. Analisa Data

Data dianalisa dari hasil pengkajian untuk menentukan diagnosa dan tindakan.

3.6. Etika Penelitian

Masalah penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antaralain :

1. *Informed consent* (Persetujuan).

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antaralain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada

lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2010).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. HASIL PENELITIAN

4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian.

Puskesmas PONED adalah puskesmas yang memiliki fasilitas dan kemampuan memberikan pelayanan untuk menanggulangi kasus kegawatdaruratan obstetri dan neonatal selama 24 jam. Sebuah puskesmas PONED harus memenuhi standar administrasi dan manajemen, fasilitas bangunan atau ruangan, peralatan dan obat-obatan, tenaga kesehatan dan fasilitas penunjang lain.

Klinik bersalin puskesmas Sikumana adalah salah satu bagian dari pelayanan kegawatdaruratan obstetri, klinik bersalin puskesmas sikumana memberikan pelayanan obstetri dan neonatal. Klinik bersalin puskesmas sikumana terdiri atas 16 ruangan yang terbagi atas 1 ruangan tindakan, 1 ruangan bersalin, 1 ruang obat, 1 ruang nifas, laboratorium 1 gedung, 1 ruangan pemulihan, 1 ruang ginekologi, ruang alat, 1 ruang isolasi, 1 ruang bidan dan 4 kamar mandi. Fasilitas 2 tempat tidur diruang bersalin, ruang tindakan 2 tempat tidur, 4 tempat tidur diruang nifas dan 2 tempat tidur diruang pemulihan. Di klinik bersalin puskesmas Sikumana pelayanan yang diberikan dilaksanakan oleh 12 bidan dan 4 dokter. Sistem kerja puskesmas Sikumana menggunakan pembagian 3 shif yakni pagi (07-14.00),

siang (14.00-20.00), malam (20.00-07.00) pelayanan dilakukan 24 jam setiap hari.

Puskesmas Sikumana terletak dikelurahan sikumana kecamatan Maulafa, Kota Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Puskesmas Sikumana memiliki batasan wilayah kerja sebagai berikut:

- a. Sebelah timur berbatasan dengan kecamatan Kupang Tengah
- b. Sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan alak alak
- c. Sebelah Utara berbatasan dengan kecamatan Oebobo
- d. Sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Kupang barat.

4.1.2. Pengkajian

a.) Data Objektif

Hasil pengkajian yang dilakukan yaitu ibu masuk ruang bersalin Puskesmas Sikumana pada tanggal 17 juni 2016, dan pengkajian dilakukan pada Ny. Y.T umur 28 tahun. Agama Kristen Protestan, suku Timor, Pendidikan SMA, Pekerjaan IRT, sedangkan suami Tn. A.B Umur 30 tahun, Agama Kristen Protestan, suku Timor, pendidikan SMA, Pekerjaan Sopir, alamat rumah Fatukoa.

Ibu datang ke puskesmas Sikumana dengan keluhan nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang bagian belakang dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 11.00 wita, (17-06-2016).Ibu mengatakan haid hari pertama haid terakhir kali ibu adalah pada tanggal: 11-10-2015, tafsiran partus

tanggal:18-06-2016. Ibu mengatakan sudah menikah sah, umur saat menikah adalah 24 tahun, lamanya menikah 14 tahun.

Ibu mengatakan melahirkan anak pertama pada tanggal 22 januari 2005 secara spontan dengan usia kehamilan 9 bulan di tolong oleh bidan di puskesmas, bayi lahir hidup dengan jenis kelamin perempuan dan berat badan waktu lahir 2600 gram. Ibu melahirkan anak kedua lahir tanggal 05 Juli 2009 secara spontan dengan usia kehamilan 9 bulan di tolong oleh bidan di puskesmas, bayi lahir hidup dengan jenis kelamin laki-laki dan berat badan waktu lahir 2900 gram. Ibu mengatakan memeriksakan kehamilannya secara teratur yaitu 8 kali di Puskesmas dan mendapatkan obat dari petugas kesehatan (bidan) di Puskesmas. Ibu mengatakan pernah menggunakan KB suntik selama 3 tahun.

Ibu mengatakan pada riwayat kesehatan ibu maupun keluarga tidak pernah menderita penyakit menular maupun turunan. Pola aktivitas sehari-hari ibu yaitu makan, dan minum, istirahat siang dan malam hari, ibu juga melakukan aktivitas rumah tangga. Pola eliminasi BAB dan BAK, mandi, keramas, sikat gigi, ganti pakaian.

b.) Data Objektif

Data obyektif yang ditemukan adalah Keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, TTV: TD: 120/80mmHg, N:82x/menit,

S:36,5°C, RR:19x/menit. BB sebelum hamil: 53kg, BB sesudah hamil: 67kg. Pemeriksaan Fisik ditemukan: Mata Inspeksi: Kelopak mata: tidak oedema, penglihatan: normal, konjungtiva merah muda, sclera putih, oedema tidak ada; Dada: Inspeksi: Bentuk simetris, Areola mammae ada hiperpigmentasi, Puting susu: menonjol, Palpasi: Colostrums +/-, Nyeri tekan: tidak ada, Massa/benjolan: tidak ada; Abdomen: Inspeksi: tidak ada luka bekas operasi, ada striae albicans. Palpasi: Leopold I: TFU 3 jari bawah Processus xiphoideus, teraba lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada bagian kanan teraba keras, memanjang seperti papan (punggung kanan), dan pada bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III: pada bagian bawah teraba keras, bulat dan tidak melenting (kepala), Leopold IV: kepala janin sudah masuk PAP (divergen), penurunan kepala 3/5. TFU menurut Mc.Donald: 30cm, TBBJ:2790gram. kontraksi 3x dalam 10 menit lamanya 30-35 detik, kandung kemih kosong. DJJ+ terdengar jelas dan teratur dibawah pusat ibu bagian kiri dengan frekuensi 140x/menit. VT: vulva tidak oedema, perineum tipis lunak, pembukaan 5 cm, ketuban (+), bagian terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil kanan depan, molase tidak ada, turun Hodge:III.

4.1.3. Interpretasi Data Dasar

Diagnosa yang dapat ditegakkan adalah G3P2A0AH2, UK 39minggu, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterin, inpartu kala I fase aktif keadaan ibu dan janin baik.

Berdasarkan hasil pengkajian data subyektif yang di peroleh Pada hasil pemeriksaan ibu mengeluh perutnya kencang-kencang dan mules serta mengeluh sakit pada pinggang dan menjalar ke perut bagian bawah dan sudah keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir dari tanggal 17-06-2016 jam 11.00 wita.

Data obyektif yang mendukung diagnosa yaitu. Pada pemeriksaan umum KU: baik, kesadaran:composmentis, TTV: TD:120/80mmHg, N:82x/menit, S:36,5^oC, RR:19x/menit. Pada pemeriksaan fisik terdapat rambut: bersih, tidak ada ketombe, wajah: tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum, mata:konjungtiva:merah mudah, cleara:putih, mulut: mukosa bibir lembab, tidak ada caries dan karang gigi, leher: tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe, dan tidak ada pembendungan vena jugularis. Ekstremitas: atas/bawah tidak ada oedema dan varises, refleks patella: (+)/(+). Palpasi di dapat Leopold I: TFU 3 jari bawah Procesus xhypoideus, teraba lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada bagian kanan teraba keras, memanjang seperti papan (punggung kanan), dan pada bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas), LeopoldIII: pada bagian terbawah perut ibu, teraba bulat, keras, dan

tidak dapat digoyangkan (kepala), Leopold IV: kepala janin sudah masuk PAP (divergen). Bagian terendah janin sudah masuk PAP dan penurunan kepala 3/5. Hasil pemeriksaan dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 5 cm, kantong ketuban (+), presentase kepala, UUK kiri depan, Turun Hodge III. Pada hasil auskultasi DJJ (+), frekuensi 140x/menit.

4.1.4. Antisipasi Masalah Potensial

Berdasarkan diagnosa dan masalah yang telah ditegaskan tidak didapatkan masalah potensial yang terjadi.

4.1.5. Tindakan Segera

Berdasar hasil diagnosa dan masalah yang telah ditegaskan tidak terdapat masalah potensial maka tidak ada tindakan segera.

4.1.6. Perencanaan

Perencanaan Asuhan Kebidanan pada Ny Y.T, dengan diagnosa G3P2A0AH2 UK 39 minggu, janin hidup, tunggal, letak kepala, intrauterine, inpartu kalla I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik, direncanakan pada tanggal 17-06-2016, pukul 15.15 WITA.

Lakukan pendekatan dengan ibu. Pendekatan merupakan cara yang tepat untuk menjalin hubungan yang baik dan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan. Lakukan cuci tangan 7 langkah, agar mencegah terjadinya pertukaran kuman dari petugas kesehatan kepada pasien atau sebaliknya. Observasi TTV, kontraksi uterus, pembukaan serviks serta penurunan kepala serta informasikan hasil

pada keluarga dan ibu, observasi untuk mendeteksi keadaan patologis yang dapat membahayakan ibu, dan informasi yang diberikan merupakan hak pasien. Anjurkan ibu cara meneran yang baik, cara meneran yang baik dapat menghindari rupture pada perineum dan memperlancar proses persalinan. Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri, dengan posisi ini dapat memperlancar sirkulasi peredaran darah janin dan ibu. Anjurkan ibu makan dan minum disela his, makanan yang dimakan dapat menambah tenaga ibu dan minum yang cukup dapat mencegah dehidrasi. Anjurkan ibu untuk berkemih setiap kali ingin berkemih, kandung kemih yang penuh dapat menghambat penurunan kepala janin. Siapkan alat, bahan dan obat-obatan untuk proses persalinan, alat dan bahan untuk proses persalinan memudahkan bidan saat menolong persalinan. Siapkan perlengkapan pencegahan infeksi, untuk menghindari terjadinya infeksi dari petugas kesehatan kepada pasien begitupun sebaliknya. Dokumentasikan hasil pemeriksaan, sebagai bukti, dan tanggung gugat serta tanggung jawab terhadap asuhan yang diberikan.

4.1.7. Pelaksanaan

Pelaksanaan Asuhan Kebidanan pada G3 P2 A0 AH2 UK 39 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentasi kepala, inpartu kalla I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik. Dilaksanakan pada Tanggal 17- 06- 2016, pukul 15.30 Witta

Melakukan pendekatan dengan ibu, sudah terjalin hubungan yang baik. Melakukan cuci tangan 7 langkah, sudah dilakukan dan tangan menjadi bersih. Mengobservasi TTV, kontraksi uterus, pembukaan serviks serta penurunan kepala, ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan yang telah diinformasikan. Mengajarkan ibu teknik meneran yang baik dan benar, ibu mengerti dan telah mengikuti ajaran yang diberikan. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri, ibu sudah tidur miring kiri. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum disela his, ibu sudah makan dan minum air yang cukup. Menganjurkan ibu untuk berkemih setiap kali ingin berkemih, ibu sudah berkemih kurang lebih 100cc. alat dan obat-obatan sudah disiapkan sesuai SAFF I, SAFF II, dan SAFF III. Menyiapkan perlengkapan pencegahan infeksi, perlengkapan pencegahan infeksi sudah disiapkan. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan, hasil pemeriksaan telah didokumentasikan.

4.1.8. Evaluasi

Setelah memimpin persalinan dengan 58 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN), pada tanggal 17 juni 2016, dari pukul 15.00 wita, sampai dengan 18.15, maka pada pukul 18.20 wita bayi lahir spontan, letak belakang kepala, tidak ada lilitan tali pusat, lahir langsung menangis, jenis kelamin perempuan, tonus otot baik, kulit kemerahan. Pada pukul 18.25 wita telah dilakukan Manajemen Aktif Kalla III (MAK III) Pada ibu, kemudian pada pukul 18.27 wita, plasenta

lahir spontan, lengkap dan utuh, dan tidak terjadi tanda-tanda patologis, dan tidak terdapat robekan atau rupture perineum. Pada pukul 18.30 wita, melakukan prosedur pasca persalinan yaitu memastikan uterus berkontraksi dengan baik tidak terjadi perdarahan pervaginam, kemudian lakukan kebersihan dan keamanan tempatkan semua peralatan partus yang terkontaminasi ke dalam larutan clorin 0,5%, kemudian buang sampah medis dan non medis pada tempat yang sesuai, dan bersihkan ibu dengan air DTT, kemudian membantu ibu memakai softeks, dan celana dalam, pakaian dan kain yang bersih, dan pastikan ibu merasa nyaman. Kemudian menganjurkan keluarga untuk memberikan makan dan minum pada ibu. Setelah 1 jam lakukan pemeriksaan fisik pada bayi, kemudian melakukan pendokumentasian dengan melengkapi partograf halaman depan dan belakang. Ibu dirawat selama 3 hari pada tanggal 17-06-2016 jam 20.20 wita dilakukan pemeriksaan dengan hasil TTV TD : 110/80, S : 36,6 °C, N : 82X/menit, RR : 19x/menit. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jr dibawah pusat, 1 kali ganti pembalut. Pada tanggal 18-06-2016 jam 06.00 wita dilakukan pemeriksaan dengan hasil TTV TD : 110/70, S : 37,2 °C, N : 80X/menit, RR : 20x/menit. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jr dibawah pusat, 1 kali ganti pembalut, jam 18.00 wita dilakukan pemeriksaan dengan hasil TTV TD : 110/70, S : 36,7 °C, N : 80X/menit, RR : 19x/menit. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jr dibawah pusat, 2 kali ganti pembalut.

Ibu dirawat selama 3 hari di puskesmas sikumanapada tanggal 19-06-2016 jam 06.00 wita dilakukan pemeriksaan dengan hasil TTV TD : 110/70, S : 37,5⁰C, N : 80X/menit, RR : 20x/menit. Kontraksi uterus baik, TFU 2 jr dibawah pusat, 1 kali ganti pembalut.

Pada tanggal 19-06-2016 jam 10.00 wita dokter mengikuti visite dan kondisi ibu dalam batas normal, ibu dan keluarga sudah diperbolehkan pulang.

Dilakukan kunjungan rumah selama 3 hari pada tanggal 20 juni 2016 s/d 22 juni 2016. Pada tanggal 20 juni 2016 jam 08.00 wita, pemeriksaan TTV : TD: 110/70 mmHg, S : 37,5⁰C, N : 81 x/menit, RR : 20 x/ menit. TFU 1 jari dibawah pusat keadaan ibu baik dan tanda-tanda vital dalam batas normal, pada tanggal 21 juni 2016 jam 08.00 wita, pemeriksaan TTV : TD: 110/80 mmHg, S : 37,5⁰C, N : 81 x/menit, RR : 20 x/ menit. TFU 1 jari dibawah pusat keadaan ibu baik dan tanda-tanda vital dalam batas normal dan pada tanggal 22 juni 2016 jam 09.00 wita mengantarkan ibu kepuskesmas sikumana rawat jalan untuk kontrol ulang sesuai jadwal yang telah ditentukan.

4.2. PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori dan konsep dasar penerapan manajemen kebidanan pada Ny. Y. T inpartu kala I fase aktif di Ruangan Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana Kupang pada tanggal 17 Juni 2016.

4.2.1. Pengkajian.

a) Data subjektif

Sesuai dengan teori varney, langkah pertama yang dilakukan yaitu pengumpulan data yang meliputi data subjektif Berdasarkan teori menurut Rohani (2010), tanda-tanda persalinan yaitu rasa sakit dikarenakan adanya his yang adekuat, sering, teratur adanya lendir, dan darah dari jalan lahir yang disebabkan oleh robekan-robekan kecil pada serviks dan kadang-kadang disertai ketuban pecah dengan sendirinya.

Pada anamnese kasus Ny.Y.T ibu mengatakan hamil anak ke tiga, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, ibu mengeluh sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah, dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 11.00 wita.

b) Data objektif

Data obyektif yang ditemukan adalah keadaan ibu baik, kesadaran composmentis, TD: 120/70mmHg, Nadi:82x/menit, Suhu:36,5^oC, RR:19x/menit, pemeriksaan fisik terdapat rambut: bersih, tidak ada ketombe, wajah: tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum, mata:konjungtiva:merah mudah, cleara:putih, mulut: mukosa bibir lembab, tidak ada caries dan karang gigi, leher: tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe, dan tidak ada pembendungan vena jugularis. Ekstremitas: atas/bawah tidak ada oedema dan varises, refleks patella: (+)/(+). Palpasi di dapat

Leopold I: TFU 3 jari bawah Prosesus xhypoideus, teraba lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada bagian kanan teraba keras, memanjang seperti papan (punggung kanan), dan pada bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas), Leopold III :pada bagian terbawah perut ibu, teraba bulat, keras, dan tidak dapat digoyangkan (kepala), Leopold IV: kepala janin sudah masuk PAP (divergen). Bagian terendah janin sudah masuk PAP dan penurunan kepala 3/5. Hasil pemeriksaan dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 5 cm, kantong ketuban (+), presentase kepala, UUK kiri depan, Turun Hodge III. Pada hasil auskultasi DJJ (+), frekuensi 140x/menit. His :3x dalam waktu 10 menit, lamanya 30-35 detik. Dengan demikian apa yang dijelaskan pada teori yang terjadi pada kasus tidak terjadi kesenjangan.

4.2.2. Analisa Masalah Dan Diagnosa.

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat atas data yang telah dikumpulkan. Secara teori persalinan normal mudah ditegakkan bila keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir. Berdasarkan teori menurut Wikijosastro (2002), data subyektif yang dikaji yaitu : ibu hamil anak beberapa, pernah melahirkan berapa kali, pernah keguguran atau tidak, anak hidup berapa orang, adanya tanda-tanda persalinan yaitu rasa sakit dikarenakan adanya his yang adekuat, sering, teratur adanya lendir, dan darah dari jalan lahir yang

disebabkan oleh robekan-robekan kecil pada serviks dan kadang-kadang disertai ketuban pecah dengan sendirinya. Data obyektif yang dikaji yaitu: keadaan umu, kesadaran, TTV, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium.

Pada kasus Ny.Y.T data subyektif yang ditemukan adalah:hamil anak ke tiga, melahirkan dua kali, tidak pernah keguguran, anak hidup dua orang, keluhan yang dirasakan yaitu ibu merasakan sakit pinggang, menjalar ke perut bagian bawah serta keluar lendir dan darah dari jalan lahir. Data obyektif yang ditemukan adalah: keadaan ibu baik, kesadaran composmentis, TD:120/80mmHg, Nadi:82x/menit, Suhu:36,5°C, RR:19x/menit. Pemeriksaan fisik terdapat rambut: bersih, tidak ada ketombe, wajah: tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum, mata:konjungtiva:merah mudah, cleara:putih, mulut: mukosa bibir lembab, tidak ada caries dan karang gigi, leher: tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe, dan tidak ada pembendungan vena jugularis. Ekstremitas: atas/bawah tidak ada oedema dan varises, refleks patella: (+)/(+). Palpasi di dapat Leopold I: TFU 2 jari bawah Prosesus xhyoideus, teraba lunak dan tidak melenting (bokong), Leopold II: pada bagian kanan teraba keras, memanjang seperti papan (punggung kanan), dan pada bagian kiri teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas), LeopoldIII: pada bagian terbawah perut ibu, teraba bulat, keras, dan tidak dapat digoyangkan (Kepala), Leopold IV: kepala janin sudah masuk PAP (divergen).

Bagian terendah janin sudah masuk PAP dan penurunan kepala 3/5. Hasil pemeriksaan dalam vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 5 cm, kantong ketuban (+), presentase kepala, UUK kiri depan, Turun Hodge III. Pada hasil auskultasi DJJ (+), frekuensi 140x/menit.

Berdasarkan diagnose intrapartal normal dapat ditegakan melalui anamnese, pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. Dari data diatas ditegakan diagnosa G3P2A0AH2 umur kehamilan 39 minggu, janin tunggal, hidup, letak kepala, inpartu kala I fase aktif keadaan ibu dan janin baik. Pemeriksaan yang tidak dilakukan pada kasus ini adalah pemeriksaan laboratorium khususnya pemeriksaan HB, karena pemeriksaan HB dilakukan setelah melahirkan atau pada saat masa nifas pada kunjungan nifas hari ke tiga di Puskesmas.

4.2.3. Diagnosa Potensial.

Diagnosa potensial ditegakan untuk menentukan antisipasi yang harus dilakukan pada ibu bersalin. Pada masalah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial ini benar-benar terjadi. Masalah potensial adalah masalah yang mungkin terjadi dan

bila segera tidak diatasi akan mengganggu keselamatan hidup klien. Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnose atau masalah yang sudah diidentifikasi. Diagnosa yang mungkin terjadi adalah infeksi nifas, perdarahan (Wiknjosastro, 2006).

Pada kasus Ny. Y T G3 P2 A0 AH2 Usia kehamilan 39 minggu, inpartu kala I fase aktif, tidak ditemukan masalah yang memerlukan antisipasi potensial. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

4.2.4. Tindakan Segera

Pada langkah tindakan segera, menggambarkan sifat berkelanjutan dari manajemen proses, tidak hanya selama perawatan primer atau kunjungan perinatal periode tetapi selama bidan tersebut terus-menerus bersama ibu. Data yang mengindikasikan situasi darurat dimana bidan harus bertindak cepat untuk keselamatan ibu dan bayi (Varney, 2004). Antisipasi yang dilakukan yaitu kolaborasi dengan dokter SPOG. Pada langkah antisipasi ini dilakukan pengidentifikasi tindakan segera dari bidan untuk dikonsultasikan kepada dokter atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Berdasarkan tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan. Pada kasus Ny. Y T tidak ada tindakan segera karena tidak ada masalah dan diagnosa potensial yang terjadi.

4.2.5. Perencanaan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan lanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi atau diantisipasi pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya apa yang sudah diidentifikasi dari kondisi klien atau dari siapa masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial, ekonomi, kultural atau masalah psikologis. Menurut Rohani (2011), sesuai dengan tinjauan teoritis bahwa penanganan persalinan normal adalah memberitahukan ibu mengenai hasil pemeriksaan, memantau terus-menerus kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf, memantau terus menerus tanda vital ibu, memantau terus-menerus keadaan bayi, memantau perubahan tubuh ibu untuk menentukan apakah persalinan dalam kemajuan yang normal, memeriksa perasaan ibu dan respon fisik terhadap persalinan, membimbing ibu untuk rileks sewaktu his, penjelasan tentang kemajuan persalinan, persiapan persalinan normal.

Asuhan kebidanan yang diberikan pada pasien intrapartal normal yaitu: informasikan kepada ibu tentang KU ibu dan janin serta kemajuan persalinan, observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, posisi meneran yang tepat dan melakukan pertolongan persalinan dengan 58 langkah APN. Langkah ini disusun sesuai dengan hasil pembahasan rencana asuhan bersama klien, kemudian membuat keputusan bersama sebelum melaksanakannya. Rencana tindakan pada kasus Ny. Y.T mengacu pada kebutuhan pasien, informasikan kepada ibu tentang KU ibu dan janin serta kemajuan persalinan, observasi tanda-tanda vital, kontraksi uterus, DJJ, dan PPV, pembukaan serviks, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, dan sesuai dengan 58 langkah APN. Jadi dalam perencanaan tindakan ini tidak terjadi kesenjangan.

4.2.6. Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan sepenuhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien, atau tim kesehatan lainnya, menurut Rohani (2011), selanjutnya rencana asuhan secara menyeluruh yang tidak diuraikan, dilaksanakan secara efisien dan aman. Didalam teori

melaksanakan proses-proses kebidanan sesuai dengan kewenangan bidan.

Di dalam praktek lapangan melaksanakan asuhan kebidanan sesuai apa yang sudah direncanakan kepada klien. Pada kasus Ny. Y.T pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan dan dalam hal ini pelaksanaan yang dilakukan seperti observasi TTV ibu, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang melalui hidung dan melepaskan secara perlahan-lahan melalui mulut, dan melakukan pertolongan persalinan menggunakan 58 langkah APN, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

4.2.7. Evaluasi

Pada langkah terakhir melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan apakah sudah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif. Persalinan berlangsung, penyusun mengevaluasi masalah yang ada sehingga dapat dilihat perkembangannya. Setelah dilakukan asuhan kebidanan pada ibu bersalin Ny. Y.T dengan persalinan normal. Penyusun mengevaluasi masalah yang ada sehingga dapat dilihat perkembangannya.

Pada kasus Ny. Y.T ibu datang dengan inpartu kala I fase aktif, setelah dilakukan pertolongan persalinan, dan ibu dirawat di puskesmas tiga hari dan setelah dilakukan kunjungan rumah selama tiga hari, hasil yang diperoleh adalah keadaan ibu dan janin baik, tidak terjadi hal-hal yang menjadi komplikasi dari tindakan tersebut.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

1. Dari hasil pengkajian baik dari data subyektif yaitu mulai dari biodata, keluhan yang dirasakan, riwayat obstetric dan ginekologi, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat kesehatan, riwayat KB, keadaan kehamilan sekarang, data biologis, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, dan data psikologi, maupun data obyektif yang terdiri dari pemeriksaan umum, dan pemeriksaan khusus secara inspeksi, palpasi, asukultasi dan perkusi pada pemeriksaan haed to toe, yang di dapatkan pada Ny. Y.T, G3 P2 A0 AH2, Uk 39 minggu letak kepala, janin tunggal hidup intrauterin inpartu kala I fase aktif, keadaan umum ibu dan janin baik.
2. Setelah dilakukan pemeriksaan secara menyeluruh pada kasus Ny.Y.T, maka ditegakkan diagnosa atau masalah yaitu G3 P2 A0AH 2 39 minggu letak kepala janin tunggal hidup intrauterin inpartu kala satu fase aktif. Gejala dan tanda yang terdapat pada landasan teori tidak semua di temukan pada kasus Ny. Y.T, hal tersebut dapat di tafsirkan karena tanda dan gejala pada persalinan normal adalah keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, adanya pembukaan serviks.
3. Pada langkah antisipasi masalah pontensial pada kasus Ny. Y.T, G3P2A0 AH2 UK 39 minggu letak kepala janin tunggal hidup

intrauterin inpartu kala satu fase aktif, tidak terdapat masalah yang berhubungan dengan kasus ini.

4. Pada kasus Ny. Y.T, G3 P2 A0AH2 UK 39 minggu letak kepala janin tunggal hidup intrauterin inpartu kala satu fase aktif keadaan umum ibu dan janin baik, pada kasus ini tidak ada Tindakan segera yang dilakukan karena tidak terdapat masalah potensial.
5. Perencanaan yang dilakukan pada Ny. Y.T, G3 P2 AO UK 39 minggu letak kepala janin tunggal hidup intrauterin inpartu kala satu fase aktif keadaan umum ibu dan janin baik telah di rencanakan berdasarkan diagnosa yang di tegakkan dan sesuai dengan kebutuhan klien dan melibatkan keluarga, jadi dalam perencanaan tindakan yang akan dilakuka pada kasus Ny. Y.T tidak ada hambatan.
6. Pada tahap pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan pada G3P2 A0 AH2 UK39 minggu letak kepala janin tunggal hidup intrauterin inpartu kala satu fase aktif keadaan umum ibu dan janin baik .Di buat berdasarkan rencana yang telah di buat dan sesuai dengan kebutuhan ibu dimana penolong persalinan, selama persalinan tidak terdapat hambatan dan tidak di temukannya tanda- tanda komplikasi, sehingga dalam pelaksanaanya perawatan pasien dapat berjalan dengan lancar.
7. Evaluasi asuhan kebidanan pada intrapartal multigravida dengan persalinan normal tidak terjadi komplikasi selama proses persalinan.

Ibu pulang kerumah dalam keadaan baik dan tidak terdapat komplikasi.

8. Pada kasus Asuhan kebidanan intrapartal multigravida dengan persalinan normal yang diberikan pada Ny Y.T setelah dievaluasi ternyata tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

5.2. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat menggunakan studi kasus ini sebagai referensi bagi mahasiswa tentang asuhan kebidanan intrapartal multigravida dengan persalinan normal.

2. Bagi Lahan Praktek

Agar lebih meningkatkan layanan dalam menangani kasus persalinan baik dari segi sarana prasarana maupun tenaga kesehatan yang dipuskesmas.

3. Bagi Penulis

Penulis hendaknya dapat menerapkan ilmu yang telah didapat selama kuliah, khususnya tentang intrapartal multigravida dengan persalinan normal.

DAFTAR PUSTAKA

- Asrinah, Putri, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan Masa Persalinan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Hidayat, A, A, 2010. *Metode Penelitian Kebidanan dan Tehnik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Indonesia, D.K.2008. *Pelatihan Klinik Asuhan PersalinanNormal*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Indonesia, B. P. 2013, *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Republik Indonesia.
- Kupang, D.K. 2013. *Profil Kesehatan Kota Kupang*. Kupang: Dinas Kesehatan Kota Kupang.
- Rohani, Saswita, R., & Marisah. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prawirohadjo.2011. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: Pustaka.

LAMPIRAN

**ASUHAN KEBIDANAN PADA INTRAPARTAL MULTIGRAVIDA
DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA
TANGGAAL 17 S/D 19JUNI 2016**



OLEH:

SANY YUSTIANI TUFLASA

NIM: 132 111 092

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2016**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA G3 P2 A0 AH2 UK 39 MINGGU, JANIN
HIDUP, TUNGGAL, PRESENTASI KEPALA, INTRAUTERIN, INPARTU
KALA I FASE AKTIF, KEADAAN IBU DAN JANIN BAIK
DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA
TANGGAL 17 S/D 19 JUNI 2016**

I. PENGKAJIAN

Tgl Pengkajian : 17-06-2016 Tanggal MRS: 17-06-2016
Jam : 15.00 WITA No MR : -
Nama mahasiswa :

A. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata

Nama pasien	: Ny. Y.T	Nama suami	: Tn. A.B
Umur/tgl lahir	: 28 tahun	Umur/tgl lahir	: 30 tahun
Agama	: K. Protestan	Agama	: K. Protestan
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Sopir
Suku/bangsa	: Timor/Indonesia	Suku/bangsa	: Timor/Indonesia
Alamat	: Fatukoa	Alamat	: Fatukoa

2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan sakit pinggang menjalar ke perut bagian bawah, keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak tanggal 17-06-2016 pukul 11.00 wita.

3. Riwayat Menstruasi

Menarche : 14 tahun
Siklus : 28-30 hri
Lamanya : 3-4 hari
Sifat darah : encer
Banyaknya : 2-3x ganti pembalut
HPHT : 14-09-2015
TP : 21-06-2016

4. Riwayat Menikah

Status pernikahan : sah
Lamanya menikah : 14 tahun
Umur saat menikah : 24 tahun

5. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

No	Tgl/Thn Persalinan	UK	Penolong	Tempat	Penyulit	KeadaanBayi				Ket
						LH/ LM	JK	BB	PB	
1	22-01-2005	Aterm	Bidan	Puskesmas	Tidak ada	LH	L	2600 g	48	Sehat
2	05-07-2009	Aterm	Bidan	Puskesmas	Tidak ada	LH	L	2900 g	50	Sehat
3	INI	G3	P2	A0						

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

- 1) Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir:
Ibu mengatakan pergerakan janin lebih dari 10 kali
- 2) ANC : 8 kali, di puskesmas sikumana
- 3) HPHT : 14-09-2015
- 4) TP : 21-06-2016
- 5) Imunisasi TT1 : Sudah diberikan
TT2 : Sudah diberikan
- 6) Keluhan selama hamil : mual, pusing
- 7) Obat yang di konsumsi selama hamil :
SF(1x1), Vitamin C(1x1), Kalk(1x1).
- 8) Tanda-tanda bahaya : Tidak ada

7. Riwayat Kesehatan

Penyakit yang pernah diderita:

- 1) Jantung : Tidak Pernah
- 2) Hipertensi : Tidak Pernah
- 3) Hepatitis : Tidak Pernah
- 4) Jiwa : Tidak Pernah
- 5) Campak : Tidak Pernah
- 6) Malaria : Tidak Pernah
- 7) HIV/AIDS : Tidak Pernah

8) Lain-lain : Tidak Pernah

9) Pernah Operasi : Tidak Pernah

8. Riwayat Penyakit Keluarga Yang Pernah Diderita Keluarga

1) Jantung : Tidak Pernah

2) Hipertensi : Tidak Pernah

3) Hepatitis : Tidak Pernah

4) Jiwa : Tidak Pernah

5) Campak : Tidak Pernah

6) Malaria : Tidak Pernah

7) HIV/AIDS : Tidak Pernah

8) Lain-lain : Tidak Pernah

9) Pernah Operasi : Tidak Pernah

9. Riwayat Keluarga Berencana

1) KB yang pernah digunakan : Suntikan 3 bulan

2) Lamanya : 3 tahun

3) Efek samping : haid tidak lancar

4) Alasan berhenti : ingin memiliki anak

10. Latar Belakang Budaya

1) Kebiasaan melahirkan ditong oleh : Bidan

2) Pantangan makan : tidak ada

3) Kepercayaan yang berhu. Dgn persalinan : tidak ada

4) Kepercayaan yang berhub. Dgn nifas : tidak ada

11. Riwayat Psikososial dan Sosial Ekonomi

1) Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini:

Ibu dan keluarga senang dengan kehamilan ini

2) Dukun dari keluarga : Baik, suami selalu mendampingi ibu untuk memeriksakan kehamilannya di puskesmas sikumana

3) Kehamilan ini direncanakan : Ya, direncanakan

4) Jenis persalinan yang diharapkan : Normal

5) Pengambilan keputusan dalam keluarga: Bersama

6) Tempat Rujukan jika terjadi komplikasi : RSUD

12. Makanan

- 1) Jenis makanan pokok : Nasi
- 2) Posrsi : 1 piring
- 3) Frekuensi makan : sesering-sering mungkin
- 4) Lauk- pauk : ikan, tempe, tahu, telur, daging.
- 5) Minum air dan susu : susu 2 gelas / hari (pagi dan sore), air putih 7- 8 gelas/ hari
- 6) Keluhan : Tidak ada

13. Pola Istirahat/ Tidur

Sebelum Hamil	Sesudah Hamil
1) Tidur siang : 1- 2 jam/hari	Tidur siang: Ibu mengatakan selama hamil ibu jarang tidur siang
2) Tidur malam : 7- 8 jam/ hari	Tidur malam : 7- 8 jam/ hari
3) Keluhan : Tidak ada	Keluhan : Tidak ada

14. Pola Eliminasi

- 1) BAK
 - a) Frekuensi : 5-6 kali/hari
 - b) Warna : Kuning dan pelsing
 - c) Keluhan : tidak ada
- 2) BAB
 - a) Frekuensi : 3 Kali/minggu
 - b) Warna : Kuning dan khas feses
 - c) Keluhan : tidak ada

15. Kebersihan Diri

- 1) Mandi : 2 kali/ hari
- 2) Sikat gigi : 2 kali/ hari
- 3) Ganti pakaian dalam : 2 kali/hari
- 4) Ganti pakaian luar : 2 kali/hari
- 5) Keramas rambut : 3 kali/ minggu
- 6) Perawatan payudara : sudah dilakukan

16. Riwayat Seksual

Perilaku hubungan seksual selama hamil:

- 1) Trimester I : Tidak Pernah
- 2) Trimester II : Pernah 1 kali
- 3) Trimester III : Tidak Pernah

17. Kebiasaan Hidup

- 1) Merokok : Tidak pernah
- 2) Miras : Tidak pernah
- 3) Konsumsi obat terlarang : Tidak pernah
- 4) Minum Kopi : Tidak pernah

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- 1) Pemeriksaan umum : Baik
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) Bentuk tubuh : Lordosis
- 4) Ekspresi wajah : Tampak kesakitan saat his
- 5) Tanda- tanda Vital:
 - TD : 120/80mmHg
 - Nadi : 82x/menit
 - Suhu : 36,5°C
 - RR : 19x/menit
- 6) Tinggi badan : 160cm
- 7) BB sebelum hamil : 53kg
- 8) BB sesudah hamil : 67kg
- 9) LILA : 25,2cm

2. Pemeriksaan Fisik

1) Inspeksi

- a) Kepala : Tidak ada kelainan
- b) Rambut : bersih, tidak ada ketombe, tidak rontok
- c) Wajah :

- Bentuk : oval
- Pucat : tidak ada
- Cloasma gravidarum : Tidak ada
- d) Mata :Konjuntiva merah muda
- Sklera :Putih
- e) Mulut dan gigi :
- Mukosa bibir lembab, ada karies dan karang gigi.
- f) Leher :
- Adakah pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada
- Adakah pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada
- Adakah pembendungan vena jugularis : Tidak ada
- g) Dada
- Bentuk : simetris
- Mamae
- Bentuk : simetris, membesar
- Areola : Hiperpigmentasi Ki/Ka +/-
- Putting susu : Menonjol
- Coloustrum : ki/ka +/-
- h) Abdomen
- Bentuk : Membesar sesuai usia kehamilan
- Linea Nigra : tidak ada
- Linea Alba : tidak ada
- Strie Lividae : tidak ada
- Strie Albicans : Ada
- Bekas luka operasi : tidak ada
- i) Vulva dan anus :
- Bentuk : normal, tidak ada kelainan
- Pengeluaran pervaginam : belum ada
- Varises : tidak ada
- Hemoroid : ada

Oedema : Tidak ada

Fluor Albus : Tidak ada

Oedema : Tidak ada

j) Ekstremitas

Bentuk : simetris

Varises : tidak ada

Oedema : tidak ada

2) Palpasi

1. Leopold I TFU 3 jari dibawah processus xyphoideus, pada fundus teraba lunak, agak bundar dan tidak melenting (bokong).
2. Leopold II: pada perut sebelah kanan teraba datar, keras dan memanjang seperti papan(punggung), pada perut sebelah kiri teraba bagian-bagian terkecil janin (Ekstremitas).
3. Leopold III: pada bagian terbawah perut ibu, teraba bulat, keras, dan tidak dapat digoyangkan (kepala).
4. Leopold IV: kepala sudah masuk Pintu Atas Panggul (divergen). Penurunan kepala 3/5.

Mc.Donald :30-11x155cm TBBJ: 2790gram

Kontraksi:

3x dalam 10 menit lamanya 30 detik, kandung kemih kosong

3) Auskultasi

DJJ Positif, terdengar jelas dan teratur dibawah pusat ibu bagian kanan dengan frekuensi 140x/menit.

4) Perkusi

Tidak dilakukan

3. Pemeriksaan Dalam

Tanggal :17-06-2016, Jam :15.00 wita

Oleh : Bidan Sonya + Mahasiswa Sany

- a. Vulva : Tidak ada oedema
- b. Portio : Tipis, lunak
- c. Pembukaan : 5 cm
- d. Kantong ketuban : (+) positif
- e. Bagian terendah : kepala
- f. Posisi : ubun-ubun kecil kanan depan
- g. Molase : tidak ada
- h. Turunan Hodge : III

4. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium

1) Urine

Reduksi : Tidak dilakukan

Albumin : Tidak dilakukan

2) Darah

HB : Tidak dilakukan

Golongan darah : O

5. Pemeriksaan Khusus

USG : Tidak dilakukan

Rontgen : Tidak dilakukan

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Diagnosa	Data Dasar
Dx : G3 P2 A0 AH2, UK 39 minggu, janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intrauterin, inpartu kala I fase aktif	DS : ibu mengatakan hamil anak ketiga, tidak pernah keguguran, anak hidup dua, dan ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang bagian belakang dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak pukul 22.00 wita. HPHT : 14 -09- 2015 DO: TP:21-06-2016. Pemeriksaan umum Keadaan umum : baik Kesadaran : Composmentis TTV : TD : 120/80 mmHg, N : 82 x/menit, S : 36,5 ⁰ C, RR : 19 x/menit

	<p>Pemeriksaan Fisik</p> <p>Rambut :bersih, tidak rontok</p> <p>Wajah : tidak oedema, tidak ada cloasma gravidarum</p> <p>Mata : konjungtiva merah muda, sclera putih</p> <p>Mulut : mukosa bibir lembab dan tidak pucat</p> <p>Leher : tidak ada pembesaran kelenjartyroid dan kelenjar limfe dan tidak ada pembendungan vena jugularis.</p> <p>Esktremitas atas/bawah : tidak ada oedema dan varises, reflek patella (+).</p> <p>Palpasi</p> <p>Payudara : colostrum sudah keluar sedikit, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.</p> <p>Abdomen : tidak ada luka bekas operasi, kandung kemih kosong.</p> <p>Leopold I : TFU 3 jari di bawah procesus xyphoideus, pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting.</p> <p>Leopold II : pada perut bagian kanan ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan dan pada perut bagian kiri ibu teraba bagian terkecil janin.</p> <p>Leopold III : pada bagian bawah rahim ibu teraba bulat, keras dan melenting serta tidak dapat di goyangkan (kepala).</p> <p>Leopold IV : divergen, penurunan kepala 3/5</p> <p>Mc Donald : TFU : 30 cm TBBJ : 2790 gram His : 3 kali dalam 10 menit dengan durasi waktu 30 detik.</p> <p>Auskultasi</p> <p>DJJ⁺ terdengar jelas dan teratur dibawah pusat ibu bagian kanan dengan frekuensi 140x/menit.</p>
--	--

	<p>Periksa Dalam Tanggal : 17 – 06 – 2016, Jam : 15.00 wita VT : V/V tidak ada kelainan, portio tebal lunak, pembukaan 5 cm, kantong ketuban utuh, letak kepala, molase tidak ada, TH-III.</p> <p>Pemeriksaan Laboratorium Golongan darah : O Hb : Tidak dilakukan</p>
--	--

III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Tidak ada

IV. TINDAKAN SEGERA

Tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal : 17-06-2016 Jam : 15.15 Witta

Diagnosa : G3P2A0AH2, UK 39 minggu, janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intrauterin, inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik.

1. Lakukan pendekatan dengan ibu.

R/ pendekatan merupakan cara yang tepat untuk menjalin hubungan yang baik dan saling percaya antara ibu dan petugas kesehatan.

2. Lakukan cuci tangan 7 langkah

R/ cuci tangan 7 langkah merupakan cara pencegahan infeksi sehingga tidak terjadi pertukaran kuman dari petugas kesehatan kepada pasien atau sebaliknya.

3. Observasi TTV, kontraksi uterus, pembukaan serviks serta penurunan kepala serta informasikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan keluarga

R/ observasi merupakan cara untuk mendeteksi keadaan patologis yang mungkin terjadi sehingga dapat membahayakan

ibu dan janin serta informasi yang baik dan benar merupakan hak pasien.

4. Ajarkan ibu teknik meneran yang baik

R/ cara mengedan yang baik dan benar membantu meperlancar proses persalinan, sehingga dapat menghindari terjadinya rupture pada perineum.

5. Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri

R/ dengan posisi ini dapat mencegah tertekannya vena kava inferior sehingga memperlancar sirkulasi peredaran darah janin dan ibu.

6. Anjurkan ibu makan dan minum setelah His

R/ makanan yang bergizi mengandung karbohidrat, protein, lemak dapat menambah tenaga ibu dan minum yang cukup dapat mencegah dehidrasi.

7. Anjurkan ibu untuk berkemih setiap kali ingin berkemih

R/ kandung kemih yang penuh berpotensi untuk menghambat turunnya kepala janin.

8. Siapkan perlengkapan alat, bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk proses.

R/ perlengkapan alat, bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk proses persalinan memudahkan bidan saat menolong persalinan meminimalkan resiko terjadinya penyakit pada ibu dan bayi baru lahir.

9. Siapkan perlengkapan pencegahan infeksi

R/ untuk menghindari terjadinya infeksi dari petugas kesehatan kepada pasien maupun dari pasien kepada petugas kesehatan.

10. Dokumentasikan hasil pemeriksaan

R/ sebagai bahan bukti, tanggung gugat serta tanggung jawab terhadap asuhan yang diberikan.

VI. PELAKSANAAN

Tanggal : 17- 06- 2016 Jam : 15.30 Witta

Diagnosa : G3P2A0AH2, UK 39 minggu, janin hidup, tunggal, presentasi kepala, intrauterin, inpartu kala I fase aktif.

1. Melakukan pendekatan dengan ibu.

M/ sudah terjalin hubungan baik antara ibu dan petugas kesehatan

2. Melakukan cuci tangan 7 langkah

M/ cuci tangan 7 langkah sudah dilakukan dan tangan menjadi bersih.

3. Mengobservasi TTV, kontraksi uterus, pembukaan serviks serta penurunan kepala

Keadaan Umum: baik

Kesadaran: composmentis

TTV : TD : 120/80mmHg S : 36,5°C

N : 82x/menit RR : 19x/menit

His 3 x dalam 10 menit lamanya

Djj + terdengar kuat, jelas dan teratur dengan frekuensi 140x/menit

Vt : v/v: tidak ada kelainan, tidak ada oedema, portio teraba tipis, pembukaan 5 cm, kantong ketuban utuh, letak kepala, ubun-ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, kepala turun hodge III (3/5).

M/ ibu merasa senang dengan hasil pemeriksaan.

4. Mengajarkan ibu teknik meneran yang baik yaitu dagu ibu menempel pada dada, kepala ibu sedikit angkat, kedua paha ibu dibuka selebar bahu, kedua tangan ibu merangkul paha usahakan siku tidak menyentuh tempat tidur, pada saat mendedan tidak boleh mengeluarkan suara, tidak angkat bokong

atau pantat dan ibu mengedan pusatkan semua tenaga pada perut bagian bawah bukan pada dada.

M/ ibu mengerti dan telah mengikuti ajaran yang diberikan.

5. Menganjurkan ibu untuk tidur miring kiri

M/ ibu sudah tidur miring kiri

6. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum di sela his. Makan makanan yang mengandung karbohidrat, lemak, protein, dan mineral seperti nasi, sayur, ikan, tahu, tempe, telur, dan minum air yang cukup.

M/ ibu sudah makan nasi, sayur, ikan dan minum air yang cukup.

7. Menganjurkan ibu untuk berkemih setiap kali ingin berkemih

M/ ibu sudah berkemih \pm 100 cc

8. Menyiapkan alat, bahan dan obat-obatan

a. Meja resusitasi : lampu sorot 60 watt, perlengkapan resusitasi, O₂, vaksin hepatitis B, salep mata oxytetracyclin, pengisap lendir, kassa steril secukupnya, thermometer, pita cm, nierbeken, stestocope, air DTT pada tempatnya, timbangan yang sudah diberi alas dengan kain, pakaian bayi, popok, kaos kaki dan tangan, baju, topi dan kain.

b. Alat dan obat-obatan

SAFF I

a) Partus set steril yang terdiri dari clem cocher 2 buah untuk menjepit tali pusat, gunting tali pusat 1 buah, gunting episiotomy 1 buah, $\frac{1}{2}$ coher untuk memecahkan ketuban, handscoen 2 pasang, benang pengikat tali pusat, kassa secukupnya.

b) Heating set steril yang terdiri dari : pinset anatomis 1 buah, pinset cirugis 1 buah, nailfuder 1 buah, benang cadgut, tampon, handscoen 1 pasang, dan kasa secukupnya.

c) Nierbeken 2 buah, larutan antiseptic, alkohol > 5%, betadine.

SAFF II

- a) Wadah plastic berisi clorin 0,5% untuk dekontaminasi sarung tangan bekas pakai.
- b) Tempat plasenta yang dilapisi plastik.
- c) Tensimeter dan stetoskop
- d) thermometer
- e) Sarung tangan steril dan kateter steril.

SAF III

- a) Keranjang berisi handuk alas perut ibu, kain penyokong, kain pengganti handuk basah, waslap, kain lap untuk dekontaminasi, celana dalam ibu, pembalut, kain panjang dan baju ibu.
- b) Lampu sorot
- c) APD : topi, kaca mata, masker, celemek, sepatu boot.
- d) Keranjang infuse
- e) Obat –obatan : oxytosin 10 IU, metergin, salep mata oxytetracilin, vitamin K, Doppler, jelly, dispo 1 cc, dispo 3 cc dan 5 cc.

M/ alat dan obat – oabatan sudah disiapkan

c. Menyiapkan perlengkapan pencegahan infeksi

- 1) Ember plastik berisi larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi alat-alat bekas pakai.
- 2) Ember berisi air DTT, tempat pakian kotor, tempat sampah medis dan non medis.

M/ perlengkapan pencegahan infeksi sudah disiapkan.

9. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan

M/ hasil pemeriksaan telah didokumentasikan.

VII. Evaluasi

E: Tanggal : 17 juni 2016

Jam : 18.00wita

Diagnose : G3 P2 A0 AH2, UK 39 minggu, janin tunggal hidup, intruterin, presentasi kepala, inpartu kala I fase aktif, keadaan ibu dan janin baik.

S: Ibu mengatakan sakitnya semakin sering, dan ingin BAB

O: Tanggal: 11-06-2016 Jam : 18.10 Wita

Ibu tampak kesakitan.

Lakukan pemeriksaan dalam

Indikasi: Ketuban pecah spontan pukul : 18.15 Wita Tanggal 11-06-2016

Tujuan: untuk menilai kemajuan persalinan, atau memastikan pembukaan lengkap.

VT : vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tipis, pembukaan 10 cm, kantong ketuban pecah spontan air ketuban jernih, bagian terendah kepala, posisi belakang kepala, tidak ada molase, kepala Turun Hodge I.

A: Kala II

P :

1. Memperhatikan tanda dan gejala kala II

- a) Siap alat dan siap diri
- b) Pastikan pembukaan lengkap
- c) Siap ibu dan keluarga
- d) Siap tolong
- e) Lahirkan kepala bahu badan
- f) Penanganan bayi baru lahir

I : 1. Memperhatikan tanda dan gejala kala II (dorong meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka).

2. Memastikan perlengkapan alat dan obat-obatan, mematahkan ampul oksitosin 10IU, dan memasukkan dispo ke dalam baki partus.
3. Memakai APD (masker, celemek, sepatu booth)
4. Mencuci tangan
5. Memakai sarung tangan
6. Mengisap oxytosin 10 iu, dengan dispo 3 cc dan memasukkan kembali kedalam baki partus.
7. Memakai sarung tangan kiri, bersihkan vulva perineum.
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap, kepala turun hodge IV dan mengecek apakah ada bagian kecil yang turun
9. Celup sarung tangan kedalam larutan clorin 0,5% dan lepaskan secara terbalik cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
10. Periksa DJJ, frekuensi 125x/menit
11. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap, keadaan ibu dan janin baik dan ibu boleh meneran bila timbul keinginan untuk meneran.
12. Minta bantuan keluarga menyiapkan posisi meneran sesuai keinginan ibu yang nyaman yaitu posisi setengah duduk.
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi nyaman beristirahat dan minum di antara his.
15. Saat kepala bayi mulai membuka vulva 5-6 cm, letakan handuk bersih diatas perut ibu.
16. Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Membuka partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
19. Saat kepala anak bertambah maju, tangan kanan dialasi kain menyokong perineum. Dan tangan kiri diletakan di atas kepala bayi dengan tekanan lembut dan membiarkan kepala turun perlahan-lahan.
20. Setelah kepala lahir periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dengan jari telunjuk
21. Tunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar secara biparietal.dengan lembut gerakan kepala kea rah bawah dan diatas hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemungkinan gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah bahu lahir lakukan sangah
24. Susur
25. Melakukan penilaian selintas
26. Mengeringkan tubuh bayi dengan kain yang diletakan di atas perut ibu, ganti kain basah dengan kain kering, biarkan bayi di atas perut ibu dan selimuti dengan kain.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi janin dalam uterus ib, dan ternyata bayi tunggal.
28. Beritahu ibu bahwa dia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 iu IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
30. Setelah 2 menit pasca persalinan, klem tali pusat dengan klem 1 kira-kira 3 cm dari pusat bayi, lakukan pengurutan kemudian dijepit dengan klem II 2cm dari klem I
31. Memotong dan mengikat talipusat dengan pengikat tali pusat

32. Meletakkan bayi tengkurap didada ibu 1 kontak kulit ibu ke kulit bayi

33. Selimuti bayi dan pakaian bayi

E : Tanggal : 17JUNI2016

Jam : 18.20 wita

Parus spontan letak belakang kepala, lahir langsung menangis, bernapas spontan teratur, kulit kemerahan, gerakan aktif, jenis kelamin perempuan.

Kala III

S : ibu mengatakan sedikit mules pada perutnya.

O : kontraksi uterus baik, Tinggi Fundus Uteri 2 jari dibawah pusat, perdarahan pervaginam sedikit

TTV : TD : 120/70 mmHg S : 36,7°C N : 82x/menit

A : kala III

P : 1. PTT (Peregangan Tali Pusat Terkendali)

2. Lahirkan plasenta

3. Masase uterus

4. Observasi perdarahan

34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10cm dari vulva

35. Meletakkan 1 tangan di atas kain pada perut ibu, ditepi symphysis tangan kanan menegangkan tali pusat

36. Setelah uterus berkontraksi, menegangkan tali pusat dengan tangan kanan, sementara tangan kiri menekan uterus dengan hati-hati kearah dorsokranial.

37. Melakukan penegangan dan dorongan dorsokranial hingga plasenta terlepas

38. Segera setelah plasenta terlepas muncul di introitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan memegang dan memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian

melahirkan plasenta dan tempatkan plasenta pada wadah yang disediakan.

39. Segera setelah plasenta lahir blakukan massa uterus dengan gerakan melingkar sehingga uterus berkontraksi (15 kali masase dalam 15 detik).
40. Periksa kelengkapan plasenta selaput ketuban dan memasukan plasenta kedalam kantong plastic dan tempat khusus.

E: Pukul 18.27 wita

Plasenta lahir spontan, selaput korion dan kotiledon lengkap, perdarahan ± 100 cc, TFU 2 jari dibawah pusat, plasenta berdiameter 20x15x11/2, panjang tali pusat 50 cm, insersi tali pusat latelaris, tidak ada robekan.

Kala IV

Jam :18.30 wita

S : ibu mengatakan legah dan senang setelah melahirkan anaknya, dan ibu merasa sedikit mules pada perutnya.

O : kontraksi uterus baik perdarahan kurang lebih 100 cc, kandung kemih kosong, TFU 2 jari di bawah pusat.

A : Kala IV

P : 1. Pasca tindakan VII

2. Evaluasi

3. Bersih

4. Aman

5. Parto

41. Evaluasi kemungkinan laserasi vagina dan perineum, tidak ada laserasi di perineum
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik tidak terjadi perdarahan pervaginam mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% membilas tangan dengan air DTT dan keringkan dengan handuk.

43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit di dada ibu selama 1 jam
44. Setelah 1 jam pemberian Vitamin K 1mg intramuscular di paha kiri anteriorlateral
45. Setelah 1 jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi HB0 di paha kanan anterolateral.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan kemungkinan peralatan pervaginam
47. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
48. Mengevaluasi jumlah kehilangan darah.
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam ke dua pasca persalinan.
50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5°C-37,5°C)
51. Menempatkan semua alat bekas pakai dalam larutan clorin 0,5% untuk dekontaminasi
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
53. Membersihkan ibu dengan air DTT, membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah membantu ibu memakai pakaian bersih dan kering
54. Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minum dan makan yang diinginkannya
55. Mendekontaminasi tempat persalinan dengan larutan clorin 0,5%
56. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan clorin 0,5% dan buka seara terbalik dan rendam selama 10 menit

57. Mencuci tanganm dengan sabun dan air mengalir

58. Melengkapi partograf. Periksa tanda vital dan asuhan kala IV

E: Jam :18.30 wita

Hari/ tanggal : 17-06 -2016

- a. Menimbang berat badan, mengukur panjang badan, lingkar kepala, lingkar dada, dan lingkar perut.

BB :2900 gr

PB :50cm

LK :31cm

LP :30cm

LD :32cm

- b. Pemberian Vitami K 1mg/ml dipaha kiri
- c. Pemberian salep mata oxytetracylin 1% pada kedua mata bayi
- d. Injeksi vaksin hepatitis B dipaha kanan bayi
- e. Ibu : TTV: TD: 120/70mmHg, S; 36,5⁰C, N: 80x/menit, RR: 20x/menit, uterus baik 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, perdarahan kurang lebih 25cc, kandung kemih kosong
- f. Bayi RR: 42, S: 36,5⁰c, warna kulit kemerahan, gerakan aktif, isapan ASI kuat, tali pusat tidak berdarah, BAB :-, BAK: -.

CATATAN PERKEMBANGAN

NO	HARI/ TANGGAL	JAM	CATATAN PERKEMBANGAN
1	17-06-2016	20.20 wita	<p>Subyektif: Ibu mengatakan nyeri pada perut bagian bawah.</p> <p>Obyektif: KU: Baik Kesadaran: Composmentis Mengobservasi TTV: TD: 110/80mmHg RR:19xmenit S : 36,6°C N : 82x/menit ASI : Kanan/Kiri+/ TFU: 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong.</p> <p>Assesment: P3 A0 AH3 Post Partum Normal 2 Jam.</p> <p>Penatalaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau KU ibu, TTV, kontraksi uterus, TFU, perdarahan, dan kandung kemih yaitu TTV dalam batas normal, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari di bawah pusat, perdarahan normal, kandung kemih kosong M/ Telah dilakukan pemantauan 2. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal, keadaan umum ibu baik. M/ Telah di informasikan pada ibu dan keluarga 3. Menjelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan pada jalan lahir, darah yang keluar lebih banyak dari menstruasi, keluar cairan berbau dari jalan lahir, demam, sakit kepala yang tidak hilang walaupun sudah beristirahat, nyeri ulu hati, penglihatan kabur, bengkak pada kaki, tangan dan wajah, muntah berlebihan, sakit saat berkemih atau BAK, payudara merah panas dan terasa sakit, atau ibu kehilangan napsu makan. Bila ibu mengalami salah satu tanda bahaya di atas, maka ibu segera datang kefasilitas pelayanan kesehatan terdekat, atau bidan terdekat. M/ Ibu mengerti dengan apa yang dijelaskan dan bersedia datang ke

			<p>pelayanan kesehatan atau bidan terdekat apabila mengalami salah satu tanda bahaya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menganjurkan ibu makan makanan bergizi, seperti nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan, telur, daging, tahu, tempe). M/ Ibu mau melakukan anjuran yang diberikan. 5. Menganjurkan ibu menyusui bayinya dan ajarkan teknik menyusui yang baik dan benar. M/ Ibu bisa menyusui bayinya dengan baik. 6. Memberitahu ibu mengenai mobilisasi dini ibu mulai dengan miring ke kiri dan miring kanan, kemudian pelan-pelan duduk, apabila tidak pusing ibu berdiri dan apa bila tidak pusing ibu bisa mulai jalan sedikit demi sedikit dengan dibantu keluarga atau suami. Jika ibu ada keluhan silahkan ibu langsung beritahu bidan. E/ Ibu mengerti dan bersedia melakukan mobilisasi dini. 7. Menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene seperti ganti pembalut setiap kali ketika basah tanpa menunggu penuh. E/ ibu mengerti untuk menjaga personal hygien. 8. Layani obat untuk ibu sesuai dengan anjuran bidan Amoxillin 3 x 500 mg/ per oral SF 1 x 200 mg /per oral Paracetamol 3 x 500 mg/ per oral E/ telah disiapkan untuk ibu. 9. Ibu telah istirahat malam
2	18-06-2016	06.00 wita	<p>Subyektif: ibu mengatakan masih merasakan nyeri perut.</p> <p>Obyektif: KU : Baik, Kesadaran: Composmentis Mengobservasi TTV: TD: 110/70mmHg, N: 80x/menit, S:37,2°C, RR: 20x/menit.</p>

3	18-06-2016	18.00 wita	<p>Assesment: P3 A0 AH3 Post partum normal 1 hari</p> <p>Penatalaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan, TTV dalam batas normal serta keadaan ibu dan bayi baik. 2. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola makan dengan gizi seimbang dan cukup istirahat agar cepat pulih M/ ibu bersedia untuk menjaga pola makan dengan pola makan dan gizi seimbang dan cukup istirahat. 3. Menganjurkan ibu untuk tetap memperhatikan tanda bahaya masa nifas. M/Ibu bersedia melakukannya. 4. Menganjurkan ibu sesering mungkin menyusui bayinnya dari kedua payudaranya secara bergantian dengan memberikan ASI eksklusif agar tidak terjadi bendungan ASI M/ Ibu bersedia sesering mungkin menyusui bayinya dan memberikan ASI eksklusif pada bayinya. 5. Menganjurkan pada ibu cara merawat tali pusat yaitu dengan sering mengantinya menggunakan kassa steril setelah bayinya dimandikan. M/ibu bersedia dan mengerti cara merawat tali pusat. 6. Mengajarkan pada ibu dan keluarga cara massasse abdomen ibu yaitu dengan memijat perut bagian bawah dengan memutar-mutar searag dengan jarum jam. M/ ibu dan keluarga mengerti denhgan cara massesse. 7. Menjelaskan pada ibu bhwa mules yang dialaminya adalah hal yang wajar karena terjadi pengembalian uterus ke bentuk semula. M/ ibu mengerti tentang wajarnya rasa mules yang dialaminya. <p>Subyektif: Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>Obyektif: KU: Baik, Kesadaran:Composmentis Mengobservasi TTV</p>
---	------------	---------------	---

			<p>TD : 110/70mmHg Nadi:80x/menit, RR:19x/menit Suhu : 36,7⁰C ASI : kanan/kiri +/- TFU : 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong, 2 x ganti pembalut.</p> <p>Assesment: P3 A0 AH3 Post Partum Normal 1 hari</p> <p>Penatalaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan M/ TTV dalam batas normal 2. Menganjurkanibu mengantikan pembalut M/ ibu sudah merasa lebih nyaman 3. Menganjurkan ibu untuk mengganti pakaian M/ ibu sudah merasa legah dan nyaman . 4. Menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi seimbang M/ Ibu sudah makan bubur merah 1 piring, soup ayam kampung 1 mangkok, serta minum 1 gelas air putih. 5. Menganjurkan ibu untuk terus menyusui bayinya M/ ibu bersedia melakukannya. 6. Mengikuti Visite dokter, instruksi dokter: melanjutkan pemberian therapy oral. 7. Mengobservasi TTV: TD : 110/70mmHg Nadi: 82x/menit S :37,5⁰C RR: 20x/menit M/ TTV dalam batas normal. 8. Menganjurkan ibu untuk makan siang M/ ibu sudah makan bubur 1 piring, sayur bayam, dan daging ayam 2 potong. 9. Mengobservasi TTV: TD: 120/70mmHg Nadi:82x/menit RR : 20x/menit Suhu :37,5⁰C TFU :2 jari di bawah pusat M/ TTV dalam batas normal. 10. Menganjurkan ibu untuk mengganti pembalut M/pembalut telah diganti dan ibu merasa nyaman 11. Mengobservasi TTV TD: 120/70mmHg Nadi:80x/menit Suhu :37,5⁰c RR :20x/menit.
--	--	--	---

4.	19-06-2016	06.00 Wita	<p>Subyektif: Ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>Obyektif: KU: Baik, Kesadaran: Composmentis Mengobservasi TTV TD: 110/70mmHg Nadi: 80x/menit S : 37,5°C RR : 20x/menit TFU : 2 jari di bawah pusat.</p> <p>Assesment: P3 A0 AH3 Post Partum Normal 2 Hari</p> <p>Penatalaksanaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan M/ TTV dalam batas normal 2. Menganjurkan ibu untuk makan pagi M/ ibu sudah makan nasi 1 piring, telur 1 butir, dan sayur bayam 1 mangkuk. 3. Menganjurkan ibu mengganti pembalut dan pakaian M/ Ibu telah mengganti pembalut dan pakaian dan ibu sudah merasa nyaman. 4. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI pada bayinya M/ ASI telah diberikan. 5. Memberikan KIE pada ibu tentang bagaimana menjaga personal Hygiene Yaitu: mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari, keramas 3x seminggu, mengganti Celana dalam jika sudah terasa lembab, selalu membasuh vagina dengan kain atau handuk kering setelah BAB/BAK, mencebok yang benar seperti dari arah depan ke belakang. M/ Ibu mengerti dengan penjelasan yang 6. Memberikan ibu therapy sesuai dosis Yaitu Amoxilin 3 x 500 mg/oral, SF 1x200mg/oral, Paracetamol 3 x 500mg/oral M/ obat telah diminum oleh ibu. 7. Mengikuti Visite dokter, instruksi dokter: melanjutkan pemberian therapy oral, dan ibu sudah bisa pulang hari ini. M/ ibu senang dengan informasi yang diberikan. 8. Menganjurkan ibu untuk menggunakan salah satu alat kontrasepsi seperti IUD, Implat, Suntik, Pil, dan Kondom. M/ Ibu bersedia menggunakan Alat
----	------------	---------------	---

			<p>kontrasepsi IUD.</p> <p>9. Menjadwalkan ibu untuk control ulang pada tanggal 22 juni 2016</p> <p>M/ ibu bersedia untuk control ulang ke puskesmas</p>
--	--	--	--

KUNJUNGAN RUMAH

Hari/ Tanggal : 20 juni 2016

Jam : 07.30 Wita

Kunjungan Rumah Pertama.

Subyektif :

Ibu mengatakan sudah merasa lebih baik, dan tidak ada keluhan

Obyektif :

KU : Baik, Kesadasran Composmentis, TTV: TD: 110/70mmHg, N:81x/menit, S : 37,5^oC , RR :20x/,menit. Pemeriksaan Fisik: Wajah: tidak pucat, dan tidak oedema, Konjungtiva: Merahmuda, sclera: putih, mukosa bibir lembab. Payudara tidak bengkak, tidak merah, putting susu tidak lecet, pengeluaran ASI kiri dan kanan banyak. Abdomen: TFU 1 Jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, involusi uteri baik, kandung kemih kosong, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pengeluaran lochea sanguinolenta, perdarahan sedikit, ibu sudah BAK, dan belum BAB, tidak ada haemoroid. Ekstresmitas: tidak ada oedema pada tangan dan kaki.

Assesment :

P3 A0 AH3 Post partum normal hari ke 4.

Penatalaksanaan :

1. Mengobservasi keadaan umum ibu
Keadaan umum baik.
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu. KU ibu baik, TTV dalam batas normal, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Ibu merasa senang dan mengerti dengan hasil pemeriksaan
3. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI sesering mungkin. Ibu sudah memberikan ASI pada bayi setiap kali bayi membutuhkan.
4. Menganjurkan ibu untuk tetap beristirahat yang cukup, agar ibu jangan terlalu kecapean. Ibu mengerti dengan informasi yang diberikan.

5. Menganjurkan ibu agar tidak melakukan hubungan seksual bersama suami, ibu baru boleh melakukan hubungan seksual apabila sudah lewat 40 hari/ setelah darah bersih. Ibu menerima informasi yang diberikan dengan baik.
6. Menganjurkan ibu untuk minum obat yang diberikan secara teratur. Ibu sudah minum obat yang diberikan secara teratur.
7. Memberitahukan pada ibu untuk control ulang pada hari sabtu 20-06-2016. Ibu menerima informasi dan akan control pada hari yang ditentukan.

Hari/ Tanggal : 21 Juni 2016

Jam : 07.30 Wita

Kunjungan Rumah Kedua.

Subyektif :

Ibu mengatakan sudah lebih baik dan tidak ada keluhan

Obyektif :

KU : Baik, Kesadaran Composmentis, TTV: TD: 110/80mmHg, N:81x/menit, S : 37,5°C , RR :20x/,menit. Pemeriksaan Fisik: Wajah: tidak pucat, dan tidak oedema, Konjungtiva: Merahmuda, sclera: putih, mukosa bibir lembab. Payudara tidak bengkak, tidak merah, puting susu tidak lecet, pengeluaran ASI kiri dan kanan banyak. Abdomen: TFU 1 Jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, involusi uteri baik, kandung kemih kosong, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pengeluaran lochea sanguinolenta, perdarahan sedikit, ibu sudah BAK, dan sudah BAB, tidak ada haemoroid. Ekstremitas: tidak ada oedema pada tangan dan kaki.

Assesment :

P3 A0 AH3 Post partum normal hari ke 5.

Penatalaksanaan :

1. Mengobservasi keadaan umum ibu
Keadaan umum baik.

2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu. KU ibu baik, TTV dalam batas normal, TFU 1 jari dibawah pusat, kontraksi uterus baik, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Ibu merasa senang dan mengerti dengan hasil pemeriksaan
3. Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya ke puskesmas untuk mendapatkan imunisasi. Ibu akan membawa bayinnya untuk diimunisasi.
4. Menganjurkan pada ibu setelah 40 hari ibu harus menggunakan kontrasepsi. Ibu sudah mengerti dan akan memilih untuk menggunakan kontrasepsi IUD.
5. Menganjurkan ibu untuk tetap mengkonsumsi makanan bergizi seimbang. Sehingga dapat memenuhi kebutuhan ASI pada Bayi dan juga nutrisi bagi ibu.

Hari/ Tanggal : 22 Juni 2016

Jam : 07.30 Wita

Kunjungan Rumah Ketiga

Subyektif :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan lagi.

Obyektif :

KU : Baik, Kesadaran Composmentis, TTV: TD: 100/80mmHg, N:81x/menit, S : 37,5°C, RR :20x/menit. Pemeriksaan Fisik: Wajah: tidak pucat, dan tidak oedema, Konjungtiva: Merahmuda, sclera: putih, mukosa bibir lembab. Payudara tidak bengkak, tidak merah, putting susu tidak lecet, pengeluaran ASI kiri dan kanan banyak. Abdomen: TFU tidak teraba, kontraksi uterus baik, involusi uteri baik, kandung kemih kosong, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Pengeluaran lochea sanguinolenta, perdarahan sedikit, ibu sudah BAK, dan sudah BAB, tidak ada haemoroid. Ekstremitas: tidak ada oedema pada tangan dan kaki.

Assesment :

P3 A0 AH3 Post partum normal hari ke 6.

Penatalaksanaan :

1. Mengobservasi keadaan umum ibu
Keadaan umum baik.
2. Menginformasikan hasil pemeriksaan pada ibu. KU ibu baik, TTV dalam batas normal, TFU tidak teraba, kontraksi uterus baik, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Ibu merasa senang dan mengerti dengan hasil pemeriksaan
3. Menginformasikan pada ibu untuk control pada hari ini di puskesmas sikumana. Ibu akan bersiap-siap untuk pergi control
4. Menganjurkan ibu untuk tetap beristirahat dengan teratur dan cukup. Ibu mengerti dengan informasi yang diberikan
5. Menganjurkan ibu tetap menjaga kebersihan diri. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan.

LEMBAR OBSERVASI

Hari/ Tanggal	Jam	His dalam 10 menit		DJJ	TD	Suhu	Nadi	Pemeriksaan Dalam
		Berapa kali	lama					
17 juni 2016	15.00	3x	30-35"	140x/ menit	120/ 80	36,5 ^o C	82x	Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tipis lunak, Ø 5 cm, KK (-), bagian terendaj : kepala, tidak ada molase, Kepala TH- III.
	15.30	3x	30-35"	142x			83x	
	16.00	3x	40"	142x			83x	
	16.30	3x	40-45"	145x			85x	
	17.00	4x	40"	148x		37,6 ^o C	85x	
	17.30	4x	40"	148x			87x	
		4x	40-45"	149x			88x	
	12.30	3x	40-45"	121x	120/ 70	37,0 ^o C	80x	Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tipis lunak, Ø 7 cm, KK (-), bagian terendaj : kepala, tidak ada molase.
	13.00	3x	40-45"	125x			85x	
	13.30	4x	40-45"	130x			85x	

	14.00	4x	40-45"	125x			85x	
	14.30	5x	40-45"	125x			90x	Vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tipis lunak, Ø 10 cm, KK (+), bagian terendah : kepala, ubun-ubun kecil kanan depan, tidak ada molase, kepala turun H- III